



# **Sairaanhoitaja hoidon asiantuntijana**

## **Työnjaon kehittäminen terveysasemilla**

Martina Gästrin

Masterarbete  
Avancerad klinisk vård  
2017

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kliininen asiantuntijuus YAMK
Tunnistenumero:	6480
Tekijä:	Martina Gästrin
Työn nimi:	Sairaanhoitaja hoidon asiantuntijana. Työnjaon kehittämisen terveysasemilla.
Työn ohjaaja (Arcada):	Heikki Paakkonen
Toimeksiantaja:	Espoon kaupunki
<p><b>Tiivistelmä:</b></p> <p>Tässä laadullisessa opinnäytetyössä käsitellään työnjaon kehittämistä terveysasemilla. Työnjakoa on kehitetty lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä Suomessa jo pitkään tehtäväsiirtojen ja sairaanhoitajien laajentuneiden työnkuvien avulla. Lähtökohtana kansainvälisesti ja kansallisesti on usein ollut lääkäripula. Tavoitteena on ollut hoidon saatavuuden parantaminen. Espoossa työnjakoa on kehitetty lisäämällä sairaanhoitajille vastuuta päivystyspotilaiden hoidossa itsenäisellä vastaanotolla konsulttilääkärien tuella. Tämä opinnäytetyö on osa Espoon kaupungin kehittämisprojektia, minkä tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien työnkuvia kaikilla Espoon terveysasemilla. Tässä työssä selvitetään miten työnjakoa onnistuneesti kehitetään, haastatteleamalla aiheen asiantuntijoita eri organisaatioista. Teoreettisena viitekehyksenä toimii aikaisempi tutkimustieto laajentuneista tehtäväkuvista ja sairaanhoitajien uusista APN-työnkuvista (advanced practice nursing). Yhteensä tehtiin viisi teemahaastattelua, ja ne analysoitiin SWOT-analyysin (vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet, uhat) avulla. Nämä teemat muodostivat yläkategoriat laadullisessa sisällönanalyysissä. Tulosten johtopäätökset saatiin laajennetun 8-kenttäisen SWOT-analyysin avulla. Lopuksi muodostettiin malli, miten työnjakoa onnistuneesti kehitetään terveysasemilla. Ensin määritellään laajentuneiden työnkuvien tarve, minkä jälkeen aktivoidaan henkilökunta ja aloitetaan työnjaon suunnittelu yhdessä. Seuraavaksi sovitaan uusien työnkuvien määritelmistä, nimikkeistä, palkkauksesta ja konsultaatiojärjestelmä. Koulutus- ja osaamisvaatimukset pitää määritellä, ja niiden mukaan koulutetaan henkilökunta. Uusien työnkuvien käyttöönoton yhteydessä sovitaan jatkuvasta osaamisen varmistamisesta ja täydennyskoulutuksesta ja työnjaon onnistumisen seurannasta.</p>	
Avainsanat:	Advanced practice nursing, laajavastuinen hoitotyö, työnjaon kehittäminen, tehtäväsiirrot, lääkkeenmääräämisoi- keus, Espoon kaupunki
Sivumäärä:	60
Kieli:	Suomi
Hyväksymispäivämäärä:	13.12.2017

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Avancerad klinisk vård HYH
Identifikationsnummer:	6480
Författare:	Martina Gästrin
Arbetets namn:	Sjukskötaren som expert inom vård. Utveckling av arbetsfördelningen på hälsostationer.
Handledare (Arcada):	Heikki Paakkonen
Uppdragsgivare:	Esbo stad
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med detta kvalitativa masterarbete var att underlätta utvecklandet av arbetsfördelningen på Esbo stads hälsostationer. I Finland har arbetsfördelningen mellan läkare och sjukskötare utvecklats redan länge genom överföring av arbetsuppgifter och avancerade roller för sjukskötare. Utgångsläget har ofta varit läkarbrist, och målet har varit förbättrad tillgång till vård. I Esbo har arbetsfördelningen utvecklats genom att överföra mera ansvar på sjukskötarna vid vården av akutpatienter på självständig mottagning, med stöd av en konsultläkare. I detta arbete utreddes hur arbetsfördelningen kan göras på ett framgångsrikt sätt. Tidigare forskning om sjukskötares avancerade roller och APN-arbetsbilder (advanced practice nursing) fungerade som teoretisk referensram. Sammanlagt gjordes fem temaintervjuer med experter inom området från olika organisationer. En innehållsanalys av intervjumaterialet gjordes med hjälp av en SWOT-analys: styrkor, svagheter, möjligheter, hot. Dessa teman bildade huvudkategorierna i analysen. De centrala resultaten visade att definitionen av yrkesroller och arbetsbilder, samt ett fungerande samarbete inom och mellan de olika yrkesgrupperna är essentiellt. Resultaten var stort sett i linje med den tidigare forskningen. Det kom också fram ett behov av att vidareutveckla sjuksköternas expertroller. Slutsatserna i arbetet gjordes med hjälp av en 8-delad SWOT-analys, där resultaten av den första analysen användes till att göra en handlingsplan inför framtiden. Slutligen formades en modell för en framgångsrik utveckling av arbetsfördelningen på hälsostationer. Först definieras behovet av avancerade arbetsbilder, varefter personalen aktiveras för att tillsammans planera arbetsfördelningen. Vidare kommer personalen överens om de nya arbetsbildernas definitioner, titlar, lön och konsultsystem. Krav på utbildning och kunnande definieras, och personalen utbildas enligt dem. I samband med ibruktagandet av de nya arbetsbilderna kommer personalen överens om en kontinuerlig plan för uppföljning av den nya arbetsfördelningen.</p>	
Nyckelord:	Advanced practice nursing, avancerade kliniska roller, utveckling av arbetsfördelning, överföring av arbetsuppgifter, föreskrivningsrätt, Esbo stad
Sidantal:	60
Språk:	Finska
Datum för godkännande:	13.12.2017

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Advanced clinical care
Identification number:	6480
Author:	Martina Gästrin
Title:	The nurse as a specialist in care. Developing division of labor in health care stations.
Supervisor (Arcada):	Heikki Paakkonen
Commissioned by:	City of Espoo
<p><b>Abstract:</b></p> <p>This qualitative study examines the division of labour in health care stations. In Finland division of labour between doctors and nurses has been developed by transfer of duties and advanced nursing roles. The starting point has often been a shortage of doctors, both internationally and nationally, and the goal has been to improve access to care. In the city of Espoo the division of labour has been developed by transferring more responsibility to nurses regarding treatment of patients with urgent health problems, and the nurses always have the support of a consulting doctor. This master's thesis is a part of a development project in the city of Espoo, with the goal to develop nurses' duties and responsibilities on all health care stations in Espoo. This thesis examines how division of labour is done successfully, by interviewing experts in the field from different organisations. Earlier research of advanced nursing roles forms the theoretical frame of reference. Altogether five interviews were done and SWOT-analysis (strengths, weaknesses, opportunities, threats) was used to analyse the material. The themes of the SWOT-analysis made up the main categories for the content analysis. Conclusions were drawn by an 8-field SWOT-analysis. Finally a model for the successful development of division of labour was constructed. First the need for advanced nursing roles is defined and then the staff is activated to participate in the designing of new roles. Then definitions of new roles, titles, salary and consulting systems are settled. Requirements for education and know-how are defined and the staff is educated accordingly. When new roles are taken in to practice, there has to be follow up on ensuring know-how, continuous education and the success of the division of labour.</p>	
Keywords:	Advanced practice nursing, advanced nursing roles, division of labour, city of Espoo
Number of pages:	60
Language:	Finnish
Date of acceptance:	13.12.2017

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1</b>	<b>JOHDANTO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>LAAJAVASTUINEN HOITOTYÖ .....</b>	<b>2</b>
2.1	Tausta, teoreettiset lähtökohdat ja keskeiset käsitteet .....	2
2.2	Katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen .....	4
2.3	Työnjaon kehittäminen Suomessa .....	7
2.4	Laajentuneet työnkuvat tulevaisuudessa .....	9
<b>3</b>	<b>TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>MENETELMÄ JA TOTEUTUS.....</b>	<b>11</b>
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	11
4.2	Aineiston analysointi .....	12
<b>5</b>	<b>TULOKSET .....</b>	<b>14</b>
5.1	Vahvuudet .....	15
5.2	Heikkoudet .....	18
5.3	Mahdollisuudet .....	20
5.4	Uhat.....	25
<b>6</b>	<b>POHDINTA.....</b>	<b>28</b>
6.1	Johtopäätökset.....	28
6.1.1	<i>Hyödynnä menestystekijät.....</i>	<i>28</i>
6.1.2	<i>Heikkoudet vahvuuksiksi.....</i>	<i>30</i>
6.1.3	<i>Uhat hallintaan .....</i>	<i>31</i>
6.1.4	<i>Mahdollinen kriisitilanne.....</i>	<i>32</i>
6.2	Tutkimustulosten tarkastelu .....	33
6.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	37
6.4	Toimintasuunnitelma .....	39
	<b>LÄHTEET .....</b>	<b>40</b>
	<b>LIITTEET .....</b>	<b>42</b>

Liite 1. Taulukko aineistonhausta

Liite 2. Haastattelurunko

Liite 3. Tiedote tutkimuksesta

Liite 4. Suostumuslomake

Liite 5. Analyysin eteneminen

Liite 6. Ruotsinkielinen tiivistelmä

## **Kuvat**

Kuva 1. Esimerkki onnistuneeseen työnjaon kehittämiseen. ....	39
---	----

## **Taulukot**

Taulukko 1. SWOT-analyysin perusmuoto (Vuorinen 2013). ....	12
Taulukko 2. Laajennettu 8-kenttäinen SWOT-analyysi (Vuorinen 2013). ....	13
Taulukko 3. SWOT-analyysi työnjaon kehittämisen onnistumisesta.....	15
Taulukko 4. Laajennettu SWOT-analyysi. ....	28

# 1 JOHDANTO

Suomessa terveydenhoidon laatu on korkeatasoista, mutta hoidon saatavuudessa on ongelmia (Sairaanhoitajaliitto 2016). Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tulossa isoja rakennemuutoksia, ja palveluiden uudistamisen tavoitteina on mm. ”asiakaslähtöiset palvelut, valinnanvapauden lisääminen, palveluiden saumaton integraatio sekä pitkäaikais-sairauksien ja kansantautien nykyistä parempi ennaltaehkäisy ja hoito”. Näihin tavoitteisiin voidaan päästä kehittämällä työnjakoa ja uudistamalla palveluita. Työnjaon kehittämistä tehdään toiminnan tehostamiseksi, laadun parantamiseksi, sekä palveluiden saatavuuden parantamiseksi. Osasyyn työnjaon kehittämiseen on myös työvoimapula. (KT Kuntatyönantajat 2016.)

Toimintaa on tehostettu siirtämällä osa lievien akuuttien sairauksien hoidosta lisäkoulutetulle hoitohenkilökunnalle. Tämä on vapauttanut lääkäreiden työaikaa lääketieteellisesti vaativimpien potilaiden hoitoon. Osa lääkäreiden vastaanotoista on korvattu muiden ammattihenkilöiden vastaanotoilla. Muut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat hoitaa osaa terveysongelmista, ja ohjata lääkärin vastaanotolle vain lääkärin asiantunte-  
musta tarvitsevat. Hoitajavetoisia terveysasemia on entistä enemmän. Näissä potilas voidaan ohjata suoraan muulle ammattihenkilölle kuin lääkärille, lääkärin ollessa tavoitettavissa etäyhteydellä. (KT Kuntatyönantajat 2016.)

Espoossa Samarian ja Kalajärven terveysasemilla on kehitetty työnjakoa ja parannettu hoidon saatavuutta lisäämällä vastuuta sairaanhoitajille terveysasemien päivystyspotilaiden hoidossa. Lievät akuutit vaivat ohjataan sairaanhoitajalle, ja lääkäriä voi konsultoida puhelimesta. Tarvittaessa lääkäri saapuu paikalle tutkimaan potilaan. Nykyään Samarian ja Kalajärven terveysasemilla saa kiireettömän lääkäriajan noin viikossa.

Tässä työssä haetaan näkemystä ja havainnointitietoa työnjaon kehittämisestä haastat-  
telemalla aiheen asiantuntijoita. Haastattelujen pohjalta tehdään SWOT-analyysi. Tar-  
koituksena on selvittää, miten onnistuneesti kehitetään työnjakoa lisäämällä tehtäviä, ja  
vastuuta hoidosta sairaanhoitajille. Työn tavoitteena on tuottaa työkaluja työnjaon kehi-  
ttämiseen kaikille Espoon terveysasemille. Tämä opinnäytetyö on osa terveysasemien  
kehittämisprojektia Espoossa.



## 2 LAAJAVASTUINEN HOITOTYÖ

### 2.1 Tausta, teoreettiset lähtökohdat ja keskeiset käsitteet

Laajavastuinen hoitotyö on Sairaanhoidajaliiton raportissa ”Sairaanhoidajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin” (2016) käännetty käsitteestä ”Advanced practice nursing” (APN). Tämä termi nousi esiin kirjallisuudessa 1980-luvulla, sitä on tutkittu paljon, ja siitä löytyy runsaasti kirjallisuutta. Käytössä olevia nimikkeitä on raportoitu valtava määrä. (Ruel & Motyka 2009.) Dowling ja kumppanit (2013) sekä Ruel ja Motyka (2009) esittävät, että kirjallisuudessa on yksimielisyys siitä, että ”advanced practice nursing” on kliinisesti yli perustason. Kliininen asiantuntijuus erottuu perustasosta erikoistumisen, kehittymisen ja laajentumisen avulla. ”Advanced practice nursing” on synonyyminen asiantuntijuuden kanssa, ja APN-sairaanhoidajat nähdään kliinisinä asiantuntijoina.

Kliinisen asiantuntijan roolin ympärillä vallitsee epäselvyyttä määritelmässä, sekä suurta vaihtelua koulutus- ja osaamisvaatimuksissa. Myös kansainvälisesti rooleissa on eroja (Dowling et al. 2013). Kansainvälisessä kirjallisuudessa tulee johdonmukaisesti esille, että kliinisen asiantuntijan rooli on epäselvä, vaihtelevasti määritelty, eikä siitä ole yleistä ymmärrystä. Monissa maissa on kuitenkin yritetty tuoda kliinisen asiantuntijan roolin määritelmälle pysyvyyttä ja yleistettävyyttä. (Gardner et al. 2013.) Yhdysvalloissa rooli kehitettiin jo 1960-luvulla, mutta nykyään rooleja on olemassa kolmessakymmenessä eri maassa (Altersved et al. 2011).

International Council of Nurses (ICN) määrittelee kliinisen asiantuntijan laillistettuna sairaanhoidajana, jolla on erinomainen tietotaito, kehittynyt päätöksentekokyky ja kliininen osaaminen laajennettuun ammatinharjoittamiseen. Tunnusomaiset piirteet tälle ammatinharjoittamiselle muodostuvat kyseisessä maassa, missä sairaanhoidaja on laillistettu. Maisterintutkintoa suositellaan lähtötasoksi. (Altersved et al. 2011.) Ruel ja Motykan (2009) käsiteanalyysissä nostettiin esille, että toimiminen kliinisen asiantuntijuuden tasolla vaatii jatko-opintoja. Yhdysvalloissa ”advanced practice nurse” määritellään sairaanhoidajana, joka on jatko-opintojen avulla pätevöitynyt toimimaan kliinisessä työssä uudella nimikkeellä. Useimmiten APN-roolit jaetaan seuraaviin: nurse practitioner (NP), clinical nurse specialist (CNS), certified nurse midwife (CNM) tai certified registered nurse anesthetist (Ruel & Motyka 2009; Hotus 2014; Christiansen et al. 2012). Sairaanhoidajaliitto (2016) jakaa APN-sairaanhoidajat kahteen ryhmään: asiantuntijasairanhoidaja (nurse practitioner) ja kliinisen hoitotyön asiantuntija (clinical nurse specialist).

Suomessa ensimmäiset kliiniset asiantuntijat valmistuivat vuonna 2006. Fagerström ja Glasberg (2011) käyttävät artikkelissaan näistä englanninkielistä termiä ”advanced practice nurse” (APN). Sairaanhoidajaliiton julkaisussa (2016) käytetään käsitettä ”laajavastuinen hoitotyö” kuvaamaan APN-rooleja. Julkaisussa määritellään mitä APN tarkoittaa käsitteenä, millä nimikkeillä APN-sairaanhoidajat toimivat Suomessa sekä mitä koulutus- ja osaamisvaatimuksia APN-sairaanhoidajille asetetaan. Laajavastuinen hoitotyö kattaa kaksi erilaista työnkuvaa: asiantuntijasairaanhoidaja (nurse practitioner) ja kliinisen hoitotyön asiantuntija (clinical nurse specialist). Asiantuntijasairaanhoidaja tutkii ja hoitaa itsenäisesti vastaanotolla potilaita, joilla on akuutteja tai kroonisia terveysongelmia. Kliinisen hoitotyön asiantuntija mm. kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja varmistaa hoitotyön ja palvelujen laatua. APN-sairaanhoidajien työssä korostuu itsenäinen kliininen hoitotyö tasolla, johon sisältyvät laajennetut tehtäväkuvat, työn itsenäisyys ja laajavastuisuus sekä päätöksenteko.

Tehyn selvityksessä ”Osaaminen käyttöön – Laatua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä” (2014) työnjako, laajennettu tehtäväkuva ja tehtävänsiirrot on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen perusteella. Työnjako määritellään seuraavasti: ”Koko työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta.” Laajennetuilla tehtäväkuvilla tarkoitetaan toimenkuvan uudistamista. Tämä koskee tietyn henkilöstöryhmän tehtäväalueen laajentamista ja osaamisen kehittämistä. Tehtävänsiirroilla tarkoitetaan aiemmin tietylle henkilöstöryhmälle kuuluneiden tehtävien siirtämistä toisen henkilöstöryhmän tehtäviin. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559), luku 4, pykälä 22 sanoo seuraavasti: ”Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta” ([www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)). Sivistyssanakirja ([www.suomisanakirja.fi](http://www.suomisanakirja.fi)) määrittelee diagnoosin (lääketieteelliseksi) taudin määrittämykseksi.

Teoriaosan aineistohaussa käytettiin kolmea alan sähköistä tietokantaa, Cinahl (EBSCO) ja PubMed (MEDLINE), sekä kotimainen Medic. Aineistohaku on kuvattu taulukossa, liitteessä 1.

Kriteereinä liittää julkaisu opinnäytetyöhön oli, että artikkelin sisällössä käsiteltiin advanced practice nursing (APN)-käsitettä ja aikaisempia tutkimuksista aiheesta. Myös saatavuus ilmaisena pdf-muodossa oli yksi vaatimus sisällyttämiseen. Aineistohaussa rajattiin

pois yli kymmenen vuotta vanhat julkaisut, sekä muut kuin englannin-, ruotsin- ja suomenkieliset artikkelit.

Kolme julkaisua aineistohaun ulkopuolelta liitettiin opinnäytetyöhön. Kaksi julkaisua saatiin Tehyn ja Sairaanhoidajaliiton verkkosivuilta, ja KT Kuntatyönantajien julkaisu tilattiin postitse.

Aineistohaun tulosten perusteella luotiin käsitys aiheesta ja käsitteistä, sekä määriteltiin teoreettinen viitekehys työnjaon kehittämisestä. Vertaamalla teoriaa tutkimustuloksiin pyrittiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin luvussa 3.

## **2.2 Katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen**

Sairaanhoidajien uusien roolien käyttöönottamisen pitää alkaa paitsi potilaiden tarpeista myös terveydenhuollon organisaatioiden tarpeista. Monissa maissa perusterveydenhuollon saatavuuden lisääminen on tavallisin syy sairaanhoidajien tehtävien ja vastuun laajentamiseen. Tämä tarkoittaa sairaanhoidajille uutta tapaa tehdä työtä. (Fagerström & Glasberg 2011.) Joistakin näkökulmista sairaanhoidajien palveluita ei ole hyödynnetty tarpeeksi, ja muuttuva terveydenhuoltoala on antanut mahdollisuuden innovoida uusia rooleja sairaanhoidajille, jotta parannettaisiin julkisten terveydenhuoltopalveluiden saatavuutta. (Gardner et al. 2013.) Myös muuttuva väestö ja varsinkin ikääntyvä väestö, ovat vaikuttaneet kliinisten asiantuntijoiden roolin kehittymiseen (Christiansen et al. 2012). Yhdysvalloissa lääkärivaje 1960- ja 1970-luvuilla johti uusien roolien kehittymiseen. Myös väestön tarpeet, kannatus innovatiivisille terveydenhuollon systeemeille, terveydenhuollon politiikka ja säätely, työvoiman tarjonta, sairaanhoidollinen tuki uusille rooleille, edistykset sairaanhoidajien koulutuksessa ja huomattavan tutkimusperustan kehittyminen sairaanhoidajille, vaikuttivat uusien roolien kehittämiseen. (Dowling et al. 2013).

Yhdysvalloissa kliinisten asiantuntijoiden koulutusohjelmissa opetetaan kliinistä arviointia, diagnoosien tekemistä ja potilaan hoitamista. Nämä kliiniset asiantuntijat ovat erikoistuneita antamaan hoitoa potilaille kehittyneellä tasolla. Koulutusohjelmien sisällöissä on kuitenkin eroja. Tyypillisesti koulutusohjelmat koostuvat sekä hoitotyön että lääketieteen malleista. (Colvin et al. 2014.) Fagerström ja Glasbergin (2011) mukaan lisäkoulutus ei kuitenkaan itsessään riitä, vaan vastavalmistuneet kliiniset asiantuntijat pitää heti saada käyttämään klinisiä taitojaan työelämässä.

Ruotsissa Socialstyrelsen, virasto joka on Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa, antoi kolme edellytystä kliinisen asiantuntijan roolia varten. Tehtävään vaaditaan terveyskeskuksen johtajan lupa, ammatinharjoittaminen rajoitetaan tiettyyn alaan, ja kansallisia sekä alueellisia suosituksia käytäntöön seurataan. Esimerkiksi Skaraborgissa kliiniset asiantuntijat saavat määrätä laboratoriokokeita ja röntgenkuvauksia sekä tehdä diagnooseja mutta heillä ei ole oikeuksia määrätä lääkkeitä. Kliinisen asiantuntijan roolin toimivuus perustuu läheiseen yhteistyöhön lääkäreiden kanssa, kun kyseessä on lääkeshoidon määrääminen. Näiden sairaanhoitajien koulutuksellinen erikoistuminen ulottuu perusterveydenhuollossa potilaisiin, joilla on akuutti hengitystieinfektio, virtsatieinfektio tai ihotulehdus. (Bergman et al. 2013.) Altersved ja kumppanit (2011) kuvaavat artikkelissaan työnkuva seuraavasti: kliiniset asiantuntijat saavat tehdä tiettyjä lääketieteellisiä diagnooseja itsenäisesti, rajoittuen infektiosairauksiin ilman komplikaatioita.

Skaraborgissa nousi esiin tarve ammattitaitoisemmalle ja itsenäisemmälle sairaanhoitajan tehtävälle perusterveydenhuollossa, jotta hoidon saatavuus ja osaaminen potilastyössä paranisi. Skövden yliopisto perusti maisterinohjelman, joka seuraa ICN:n suosituksia kliinisen asiantuntijan roolia harjoittaville. (Altersved et al. 2011.) Ruel ja Motykan (2009) käsiteanalyysin mukaan kirjallisuudessa ollaan yhtä mieltä, että kliinisen asiantuntijan rooli kehittyi terveydenhuoltoon kohdistuvista sosiaalisista, taloudellisista ja poliittisista vaatimuksista.

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa kuvailtiin hoitohenkilökunnan kokemuksia uudesta kliinisen asiantuntijan roolista, ja tutkittiin mitä mahdollisuuksia ja haasteita uuteen rooliin sisältyy. Tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, että suurin osa vastaajista suhtautui positiivisesti uusiin kliinisen asiantuntijan rooleihin, ja lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että kliinisen asiantuntijan toiminnalle oli tarvetta perusterveydenhuollossa. Vastauksissa tuli myös ilmi, että henkilökunnan mielestä potilaiden pääsy hoitoon oli parantunut. Sairaanhoitajat olivat vahvemmin tätä mieltä kuin lääkärit, samoin kuin kysyttäessä nähdäänkö kliiniset asiantuntijat täydentävänä voimavarana. Kun kysyttiin kliinisten asiantuntijoiden työtehtävien selkeyttä, lääkärit olivat sairaanhoitajia useammin sitä mieltä, että työtehtävät olivat selkeästi määriteltäviä. Sairaanhoitajat taas olivat lääkäreitä vahvemmin sitä mieltä, että lääketieteellisten päätösten tekemistä voisi vielä lisätä. Positiivista oli myös, että lääkäreille jäi enemmän aikaa hoitaa vaikeampia tapauksia, kun kliiniset asiantuntijat saivat hoitaa potilaita, joilla oli akuutteja ongelmia ja infektioita. Terveystenhoitajat olivat tyytyväisiä, kun saivat apua kliiniseltä asiantuntijalta esim. lapsen keuhkojen kuuntelemisessa. Hoitohenkilökunta piti helpompana konsultoida kliinistä asiantuntijaa kuin lääkäriä. Muut sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat ilmoittivat, että heidän

oma osaamisensa oli parantunut kun he saivat mahdollisuuden konsultoida kliinistä asiantuntijaa. Henkilöstön yhteinen osaaminen kasvoi kliinisten asiantuntijoiden lääketieteellisen osaamisen myötä. (Altersved et al. 2011.)

Hong Kongissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä kliinisten asiantuntijoiden roolien edistävästä ja estävästä tekijöistä, ja siihen sisällytettiin kaikki 120 sairaanhoitajaa, jotka olivat saaneet workshop-koulutuksen kliinisen asiantuntijan roolia varten. Tutkimuksen myötä tuli esille mm. seuraavia hyötyjä kliinisten asiantuntijoiden rooleista: ne edistävät potilasturvallisuutta, parantavat hoidon laatua, lyhentävät odotusaikoja, laajentavat muiden sairaanhoitajien rooleja, parantavat sairaanhoitajien ammatillisuutta ja imagoa, lisäävät sairaanhoitajien itsenäisyyttä, edistävät sairaanhoitajien asemaa ja kunnioitusta heitä kohtaan, antavat mahdollisuuden kehittää tietoa ja taitoja, tukevat itsensä kehittämistä, parantavat itsetuntoa, edistävät urakehittymistä ja johtavat parempiin työmahdollisuuksiin, lisäävät ylennyksen mahdollisuutta, kohottavat palkkausta, lisäävät työhyvinvointia ja vähentävät lääkäreiden työmäärää. (Christiansen et al. 2012.)

Esiin tulleita haasteita oli mm. että muut ammattiryhmät kokivat työmääränsä lisääntyneen kliinisen asiantuntijan roolin tulon myötä, esim. laboratoriossa. Muita haasteita muuttuneissa työnkuissa oli, että terveydenhoitajat saattoivat kokea saavansa tehdä vähemmän päätöksiä eivätkä lääkärit enää saaneet hoitaa infektiopotilaita. Kliinisillä asiantuntijoilla ei myöskään ollut oikeuksia määrätä lääkkeitä, mikä koettiin haitallisena uudelle roolille, eikä tämä rooli siten edistänyt terveyskeskuksen toimintaa. (Altersved et al. 2011.)

Haasteena tuotiin myös esille muiden ammattiryhmien ja julkisuuden hyväksyntä uudesta roolista. Potilaat luottavat usein enemmän lääkäreihin, mikä estää kliinisten asiantuntijoiden roolien harjoittamista. Myös riittämätön tuki johdolta, roolien puuttuva yhtenäistäminen, käytännössä muuttuva rooli, resurssien puute, lisääntynyt työmäärä, suuri määrä seurattavia protokollia, lisääntynyt vastuu ja paperityö, riittämätön koulutus ennen uuteen rooliin astumista, huoli siitä, että kaikki kliiniset asiantuntijat eivät ole koulutettu maisteritasolla, tarve pitäytyä ajan tasalla, henkilökohtaiset puutteet roolissa toimimisessa, roolin lailliset ja eettiset seuraukset sekä roolin kehittämiseen liittyvät asiat koettiin haasteiksi. (Christiansen et al. 2012.)

Usein työtehtävien ja vastuun uudelleenorganisointi johtaa hämmennykseen ja ristiriitoihin ammattiryhmien välillä, mutta myös sairaanhoitajien keskuudessa. Uusien roolien

määrittysten ja odotuksien selventämisellä voidaan välttää näitä ongelmia. Jos rooleja ei ole määritelty selvästi, tämä voi myös vaikuttaa johtajien ja päättäjien hyväksyntään uusien roolien käyttöönottamisesta. Epäselvästi määritellyt roolit estävät klinisiä asiantuntijoita käyttämästä ja kehittämästä osaamistaan (Fagerström & Glasberg 2011) ja voivat johtaa ammattiryhmien välisiin ristiriitoihin (Christiansen et al. 2012).

Faris ja kumppaneiden (2010) tutkimuksessa tuli esiin runsaasti kommentteja esteistä klinisen asiantuntijan ammatinharjoittamiseen. Esille tulivat mm. suuri työmäärä ja ajanpuute, liikaa muita työtehtäviä, sekä puutteelliset välineet. Ymmärryksen puute klinisen asiantuntijan roolista ja puutteellinen tuki lääkäreiltä koettiin myös esteenä. Esille tuli myös tyytymättömyyttä siihen, että palkkaus oli sama kuin muilla sairaanhoitajilla ja pienempi kuin nurse practitioner- sairaanhoitajilla.

Muutokset organisaatiossa ja muuttuvat ammattiroolit voivat johtaa henkilökunnan epävarmuuden tunteeseen, epävakauteen, ristiriitaisiin ihmissuhteisiin, uupumiseen ja ahdistukseen. Palveluiden integrointi voi nostaa esiin kahdenlaisia reaktioita: positiivisia mielletyistä hyödyistä ja kannustavista haasteista, sekä negatiivisia liittyen epävarmuuteen, pelkoihin ja ahdistukseen prosesseista. Muutokset voivat johtaa stressiin ja tyytymättömyyteen jos työnkuvan muutokset ja vaadittu osaaminen ylittävät henkilökunnan omat resurssit. Prosessin edetessä positiiviset reaktiot voivat yleistyä, kun työntekijät oppivat uusia tapoja tekemään työtä, tai kun he alkavat hahmottaa hyötyjä. (Longpré et al. 2014.)

## **2.3 Työnjaon kehittäminen Suomessa**

Sairaanhoitajien tehtäväkuvien uudistamisella voidaan tuottaa kansalaisille laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluja. Hoitajavetoisia terveysasemia on kehitetty, mutta työnjaon kehittäminen on ollut hidasta ja monella paikkakunnalla ollaan vasta työnjaon kehittämisen alkuvaiheessa. (Sairaanhoitajaliitto 2016.) Pilottihankkeissa on kehitetty työnjakoa lisäämällä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanottoja, tarkoituksena turvata hoidon saatavuus, uudistaa toimintatapoja ja lisätä henkilöstön pysyvyyttä (Tehy 2014). Kansainvälinen työvoimapula terveydenhuollon työntekijöistä pakottaa etsimään uusia malleja hoidon tuottamiseen, eikä henkilökunnan lisääminen ole riittävä toimenpide. Sairaanhoitajien perinteisen roolin tarkastelu on kehittynyt, ja esille on noussut tarve uudelle sairaanhoitajan roolille, mikä ei laillisesti ulotu yli sairaanhoitajien viitekehyksen, mutta mikä sisällyttää laajennetun autonomian ja päätöksenteon (Gardner et al. 2007.) Tehy

julkaisussa (2014) esimerkkeinä työnjaon kehittämisestä ovat mm. hoitajien itsenäiset vastaanotot ja hoitajavetoiset terveysasemat.

Suomen lainsäädännön mukaan työnjaon kehittäminen terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä on mahdollista. Kansallisesti pitäisi kuitenkin ensin määrittää mitä laajavastuiset tehtävät edellyttävät sairaanhoitajilta: vaadittu koulutus ja osaaminen, nimikkeet sekä tehtävien vaativuutta vastaavan palkkauksen varmistaminen. Palkkatason määrittäminen kuitenkin vaatii, että nimikkeet ja työnkuvat ovat yhtenäisiä Suomessa. (Sairaanhoitajaliitto 2016.) Laki ei määritä hoitohenkilöstön ja lääkärin välistä työnjakoa muuten kuin, että lääketieteellinen tutkimus, taudinmääritys ja siihen liittyvä hoito on rajoitettu vain lääkärin tehtäväksi. Rajattu lääkkeenmääräysoikeus on säädetty ammattihenkilölaissa, ja se voi olla sairaanhoitajalla, kättilöllä tai terveydenhoitajalla, jolla on riittävä kokemus ja vaadittu lisäkoulutus. (KT Kuntatyönantajat 2016.) Tehtäväkuvia laajentamalla tai syventämällä, delegoimalla tehtäviä ammattiryhmien välillä tai sisällä sekä luomalla uusia tehtäviä voidaan kehittää työnjakoa hoidon laadun ja toiminnan varmistamiseksi, sekä hoidon saatavuuden turvaamiseksi. Tämä kuitenkin vaatii vahvaa osaamista sekä tiedon päivittämistä ja uuden oppimista. (Tehy 2014.)

Kliinisen asiantuntijuuden roolit ovat kehittyneet vastaamaan sairaanhoitajien lisääntyneitä ammatillisia vaatimuksia, mutta uusien roolien määritelmät vaihtelevat eri maiden välillä, ja jopa maiden sisällä (Jokiniemi et al. 2015). Yleisesti ollaan kuitenkin samaa mieltä, että kliinisen asiantuntijan roolia harjoittaa itsenäinen, kokenut sairaanhoitaja, jolla on korkeampi sairaanhoidollinen koulutus, mikä on antanut kehittyneemmän tason taidot ja tiedot. Tutkimusten mukaan kliininen asiantuntija pystyy luotettavasti arvioimaan akuutin hoidon tarpeen ja siten parantamaan potilaiden pääsyä nopeaan hoidon tarpeen arviointiin (Fagerström & Glasberg 2011).

Ammattitaitoiset hoitotyön johtajat ja esimiehet ovat tärkeässä asemassa varmistettaessa hoitohenkilöstön osaamista. Henkilökunnalla tulee olla tarpeeksi hyvä lääketieteellinen ja hoitotyön osaaminen, ja työssä tarvitaan monipuolista substanssi-, työyhteisö-, kehitty mis- ja kehittämisosaamista. Asiantuntijasairaanhoitajalta tai kliinisen hoitotyön asiantuntijalta vaaditaan riittävää työkokemusta perustutkinnon jälkeen, sekä ylempää korkeakoulututkintoa. Vastaanottotyössä edellytetään lisä- tai täydennyskoulutusta, sillä erityisosaamista tarvitaan, kun tehdään päätöksiä yhdessä asiakkaan kanssa. (Sairaanhoitajaliitto 2016.) Tehyn julkaisussa (2014) kuvataan toimintamallia perusterveydenhuollon vastaanottotyössä, jossa hoitajat vastaavat hoidon tarpeen arvioinnista, tutki-

musten toteuttamisesta ja hoidon ohjauksesta potilailla, jotka sairastavat tavallisia infektioita. Lääkäreiden ja hoitajien välisestä työnjaosta, tehtävistä ja vastuista pitää sopia kirjallisesti. Heidän välilleen pitää myös sopia toimivat konsultaatiojärjestelmät.

Työnjakoa kehittäessä pitää ottaa huomioon kaikkien osallistuvien ammattiryhmien tehtäviä. Työprosesseja pitää mahdollisesti uudistaa osittain tai kokonaan. (KT Kuntatyönantajat 2016.) Laajavastuisten tehtävien käyttöönotto pitää tehdä järjestelmällisesti. Tarveanalyysin avulla pohditaan voiko hoitotyön asiantuntijatehtävällä vastata hoitoprosessin haasteisiin, ja näin luodaan perusta asiantuntijatehtävälle. Suunnitteluvaiheessa tehtävä, tavoitteet sekä vaadittava osaaminen ja koulutus määritellään selkeästi. Haasteet ja vaikuttavat tekijät pyritään tunnistamaan tässä vaiheessa. Palkkauksesta pitää sopia kun työnjaon kehittäminen on aloitettu. Toimeenpanovaiheessa tehtävästä tiedotetaan, sitoutetaan organisaatio ja varmistetaan resurssit. (Sairaanhoitajaliitto 2016.) Esimiehen rooli tukijana ja kannustajana on keskeinen työnjaon kehittämisen kannalta (Sairaanhoitajaliitto 2016, Tehy 2014), ja työnantajan ja työntekijöiden sitoutuminen muutokseen on edellytys työn uudelleenlaiseen organisointiin (KT Kuntatyönantajat 2016). Käytännön toteutuksen viimeinen vaihe on arviointi, jolloin arvioidaan työlle asetettujen tavoitteiden saavuttaminen suunnitteluvaiheessa tehdyn arviointistrategian avulla (Sairaanhoitajaliitto 2016).

## **2.4 Laajentuneet työnkuvat tulevaisuudessa**

Maailman terveysjärjestö WHO tuo esiin laajavastuisen hoitotyön merkityksen tulevaisuudessa kehitettäessä väestökeskeisiä palveluita, sillä monia terveydenhuollon haasteita pystytään helpottamaan sairaanhoitajien uusilla työnkuvilla. Näyttöä on siitä, että esimerkiksi hoitoon pääsyä ja hoidon jatkuvuuden vaikeuksia pystytään helpottamaan. Riittävällä määrällä sairaanhoitajia, joilla on laajavastuisia työnkuvia, voidaan tulevaisuudessa pienentää terveys- ja hyvinvointieroja, varmistaa oikea-aikainen hoitoon pääsy ja tuottaa väestökeskeisiä palveluita. (Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Kliinisten asiantuntijoiden roolit ovat kehittyneet paikkaamaan puutoksia terveydenhuollossa, mutta myös vastaamaan sairaanhoitajien omia odotuksia uran suhteen (Gardner et al. 2007). Uusien työnkuvien avulla lisätään organisaatioiden ja hoitotyön vetovoimaisuutta, sillä urakehitysmahdollisuudet lisäävät alan kiinnostavuutta ja organisaatioon sitoutumista. Tämä voi helpottaa rekrytoimista tulevaisuudessa. Kyse ei kuitenkaan ole



pelkästään yksittäisen sairaanhoitajan mahdollisuudesta urakehitykseen. Asiantuntija-tehtävissä toimivat sairaanhoitajat kehittävät hoitotyötä ja potilaan hyvää hoitoa sekä omassa työyksikössään että laajemmin. Tavoitteena on tuottaa asiakaslähtöisiä ja näyttöön perustuvia palveluita laajavastuisten tehtävien avulla, ja asiantuntijatehtävissä toimivat ammattihenkilöt ovat tässä keskeisiä. (Sairaanhoitajaliitto 2016, Tehy 2014.)

Sairaanhoitajaliiton julkaisussa on esitelty suosituksia sairaanhoitajien uusien työnkuvien käyttämisestä tulevaisuudessa. Asiantuntijanimikkeet pitää yhdenmukaistaa, työnkuvat määritellä, ja selvittää tarvitaanko lakimuutoksia. Vaatimustasoa asiantuntijatehtävissä vastaavaa koulutusta on kehitettävä, ja palkkauksen pitää vastata tehtävien vaativuutta. Näissä tehtävissä toimivien sairaanhoitajien määrän tulee vastata väestön terveystarpeita, ja asiantuntijatehtävien vaikuttavuutta tulee arvioida ja seurata. (Sairaanhoitajaliitto 2016.)

Työnjaon kehittämisellä voidaan paremmin vastata yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin, sekä vaikuttaa työn tuloksellisuuteen ja mielekkyyteen. Työikäisiä kansalaisia on tulevaisuudessa vähemmän. Ikääntyvä väestö lisääntyy, jolloin palveluiden kysyntä kasvaa. Sosiaali- ja terveystaloudelle on kysyntää ja tarvetta jatkossakin. (KT Kuntatyönantajat 2016.)

### **3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Taustatutkimuksen mukaan sairaanhoitajien nimikkeet laajentuneissa tehtävänkuivissa vaihtelevat kansallisesti ja kansainvälisesti. Myös koulutusvaatimukset ja työnkuvat vaihtelevat, eikä lisäpalkkauksesta ole yksimielisyyttä. Suosituksia on tehty kansainvälisesti ICN:n ja Suomessa Sairaanhoitajaliiton toimesta.

Tämän työn tarkoituksena on selvittää, miten onnistuneesti kehitetään työnjakoa lisäämällä tehtäviä ja vastuuta hoidosta sairaanhoitajille, ja miten tehtävänsiirtoja tulevaisuudessa toteutetaan onnistuneesti ja linjassa kansallisten ja kansainvälisten suositusten mukaisesti. Näiden avulla on tarkoitus tuottaa työkaluja työnjaon kehittämiseen Espoon terveysasemilla. Työn tavoitteena on helpottaa työnjaon kehittämistä Espoon terveysasemilla, mutta tuloksia voi myös käyttää tulevaisuuden terveysasemapalveluita suunniteltaessa. Tämä opinnäytetyö on osa terveysasemien kehittämisprojektia Espoossa.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten työnjakoa ja tehtäväsiirtoja on toteutettu ja rajattu?
2. Mitä vahvuuksia ja heikkouksia on ilmennyt tähän mennessä?
3. Mitä mahdollisuuksia ja uhkia on odotettavissa tulevaisuudessa?

## **4 MENETELMÄ JA TOTEUTUS**

### **4.1 Tutkimusmenetelmä**

Erilaisten ilmiöiden tutkiminen on mahdollista tekemällä teemahaastatteluja. Teemahaastattelujen avulla pystytään saamaan merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen ongelmanasetteluun. Teemat, eli viitekehys, valitaan etukäteen ja haastattelussa edetään näiden teemojen ja tarkentavien kysymysten mukaan. Teemahaastattelun avoimuus vaihtelee etukäteen tehtyihin kysymyksiin pitäytymisestä intuitiivisten ja kokemusperäisten havaintojen sallimiseen. Teemahaastatteluissa korostuu ihmisten tulkinnat asioista, ja tutkija voi itse päättää salliiko kokemusperäisiä havaintoja vai pidättäytyykö suunnitelluissa kysymyksissä. Syvähaastattelu taas on täysin strukturoimaton, ja siinä käytetään avoimia kysymyksiä. Teemahaastatteluissakin voi käyttää avoimia kysymyksiä, ja se sijoittuu lähelle syvähaastattelua. (Tuomi ja Sarajärvi 2009.)

Tutkimusaineiston osallistujiksi valittiin aiheen asiantuntijoita eri organisaatioista. Aiheen asiantuntijoita haastateltiin analyysiä varten, ja he pysyvät anonyymeinä tässä työssä. Tähän työhön valittiin viisi erilaisen asiantuntemuksen edustajaa: sairaanhoitaja, esimiesasemassa oleva lääkäri, tutkija, julkishallinnon edustaja ja järjestön edustaja.

Haastateltavien valinnassa käytettiin tiettyjä intressiryhmiä ja asiantuntijoita koskevaa matriisia soveltuvien osin. Matriisi luokittelee asiantuntijat eri luokkiin kliinisten taitojen mukaan ja erikoistumisen mukaan sekä yleisiin asiantuntijoihin (Paakkonen 2008).

Tutkimusaineisto kerättiin lokakuussa 2017 viiden teemahaastattelun avulla. Neljä haastattelua tehtiin suomeksi ja yksi haastattelu ruotsiksi. Haastattelut olivat pituudeltaan 30 minuutin ja 57 minuutin välillä. Tutkija litteroi itse kaikki haastattelut, ja tekstiä tuli yhteensä 44 sivua Arial-fontilla, koko 11, rivivälillä 1.

Haastattelukysymykset tehtiin tutkimuksen viitekehyksen, eli jo tutkitun tiedon perusteella. Teemahaastattelujen haastattelurunko tehtiin valmiiksi (liite 2) ja lähetettiin haastateltaville etukäteen sähköpostilla. Haastateltaville lähetettiin sähköpostilla myös tiedote tutkimuksesta (liite 3). Haastattelurungossa olevien kysymysten lisäksi tutkija esitti tarkentavia jatkokysymyksiä. Haastattelut tehtiin avoimien kysymysten avulla, keskusteluvassa hengessä. Tästä syystä kaikkien haastattelujen kulku oli hyvin erilainen. Kaikki ennalta sovitut kysymykset kysyttiin kaikilta haastateltavilta, ja näihin kaikkiin saatiin vastaukset.

## 4.2 Aineiston analysointi

Teemahaastatteluista saatu aineisto analysoitiin SWOT-analyysin ja laadullisen sisällönanalyysin avulla.

SWOT-analyysin (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) tarkoitus on tuottaa analyysi, minkä perusteella voidaan tehdä valintoja ja toimintasuunnitelmia. Osa-alueista vahvuudet (S) ja heikkoudet (W) ovat organisaation sisällä tämänhetkiseen tilanteeseen liittyviä asioita, ja mahdollisuudet (O) ja uhat (T) liittyvät tulevaisuudessa eteen tuleviin tilanteisiin. SWOT-analyysiin laitetaan asiat subjektiivisen valinnan perusteella. Analyysi on yhteenvetävä ja synteetisomainen, ja sen avulla saadaan kokonaiskuva yrityksen tilasta. Tarkoituksena on käyttää analyysin tuloksia strategisten valintojen tukena. SWOT-analyysistä saadaan täysi hyöty vain jos sen perusteella tehdään strategisia valintoja ja toimintasuunnitelma. (Vuorinen 2013.)

Taulukko 1. SWOT-analyysin perusmuoto (Vuorinen 2013).

Yrityksen sisäiset asiat	Vahvuudet (S)	Heikkoudet (W)
Ulkoinen		

ympäristö	Mahdollisuudet (O)	Uhat (T)
-----------	--------------------	----------

Sisäiset asiat koskevat nykyhetkeä ja ulkoiset asiat tulevaisuutta. Analyysia voidaan hyödyntää miettimällä, miten käytetään hyväksi ja vahvistetaan vahvuuksia, miten poistetaan, lievennetään tai vältetään heikkouksia, miten varmistetaan mahdollisuuksien hyödyntäminen sekä, miten uhat poistetaan, niitä lievennetään tai ne käännetään mahdollisuudeksi. (Vuorinen 2013.)

SWOT-analyysistä on kehitetty myös 8-kenttäinen analyysi, minkä tarkoituksena on vielä paremmin tuoda esille heikkoudet ja vahvuudet suhteessa uhkiin ja mahdollisuuksiin. Ensin tehdään perinteinen nelikenttä, eli SWOT-analyysi. Tämän jälkeen mietitään neljää teemaa, ja näiden perusteella tehdään valintoja ja toimintasuunnitelmia. (Vuorinen 2013.)

Taulukko 2. Laajennettu 8-kenttäinen SWOT-analyysi (Vuorinen 2013).

<div>Sisäiset</div> <div>Ulkoiset</div>	Vahvuudet (S)	Heikkoudet (W)
Mahdollisuudet (O)	Hyödynnä menestystekijät → SO suunnitelma	Heikkoudet vahvuuksiksi → WO suunnitelma
Uhat (T)	Uhat hallintaan → ST suunnitelma	Mahdollinen kriisitilanne → WT suunnitelma

Tässä opinnäytetyössä haastatteluaineiston analyysi tehtiin 8-kenttäisen SWOT-analyysin avulla. Ensimmäisessä vaiheessa lajiteltiin tiedot laadullisen sisällönanalyysin keinoin. SWOT-analyysi määrittelee yläkategoriat, eli pääluokiksi muodostuivat vahvuudet (strengths), heikkoudet (weaknesses), mahdollisuudet (opportunities) ja uhat (threats). Nämä pääluokat ohjasivat sisällönanalyysia.

Aluksi käytiin läpi kaikki litteroidut haastattelut ja jaoteltiin värikynällä neljään pääluokkaan kuuluvat aiheet. Seuraavaksi, kaikissa pääluokissa erikseen, väritettiin kaikki yhteenkuuluvat aiheet pelkistettyinä ilmaisuina. Nämä lueteltiin taulukkoon ja niistä muodostettiin alakategoriat. Analyysin eteneminen on kuvattuna liitteessä 5. Tämän jälkeen alakategoriat vietiin SWOT-aulukkoon.

Laajennettu 8-kenttäinen SWOT-analyysi tehtiin vertaamalla SWOT-aulukon alakategorioita toisiinsa. SO-suunnitelma, eli hyödynnä vahvuudet, tehtiin miettimällä, miten vahvuudet saadaan parhaiten hyödynnetyiksi tulevaisuuden mahdollisuuksia varten. WO-suunnitelmassa, heikkoudet vahvuuksiksi, pohdittiin miten heikkoudet saadaan käännettyiksi vahvuuksiksi SWOT-analyysin alakategorioiden avulla. ST-suunnitelma, uhat hallintaan, tehtiin miettimällä miten heikkoudet saadaan käännettyä vahvuuksiksi jo tehtyjen, onnistuneiden käytäntöjen avulla. WT-suunnitelmassa käydään läpi mahdollisesti eteen tulevia kriisitilanteita.

## **5 TULOKSET**

Opinnäytetyön tulokset esitetään SWOT-analyysin avulla. Ensin esitellään tulokset taulukon 3 avulla, SWOT-analyysi työnjaon kehittämisen onnistumisesta. Tämän jälkeen analyysin pääkategoriat vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat, ovat eritelty tekstimuodossa kappaleissa 5.1-5.4.

Taulukko 3. SWOT-analyysi työnjaon kehittämisen onnistumisesta

SWOT-ANALYYSI	
<p><b>STRENGTHS – VAHVUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Henkilökunnan sitoutuminen muutokseen</li> <li>- Yhteistyö</li> <li>- Henkilökunnan tyytyväisyys</li> <li>- Hyvä hoidon saatavuus</li> <li>- Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat sairaanhoitajat</li> <li>- Jatkuva kouluttautuminen</li> </ul>	<p><b>WEAKNESSES – HEIKKOUEDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Määritelmät ja työnkuvat epäselvästi kirjattu</li> <li>- Lisäkoulutukseen panostaminen puutteellista</li> <li>- Työn vaativuus liiallista</li> <li>- Hoito ei ole asiakkaan näkökulmasta tarpeeksi sujuvaa</li> </ul>
<p><b>OPPORTUNITIES – MAHDOLLISUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sairaanhoitajan ydinosaamisen hyödyntäminen</li> <li>- Potilaan sujuva hoitopolku ja asiakaskeskeisempi hoito</li> <li>- Laadukas hoito yhteistyön avulla</li> <li>- Potilasturvallisuuden parantaminen</li> <li>- Hoitotyön kehittäminen edelleen</li> </ul>	<p><b>THREATS – UHAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ristiriidat ammattikuntien sisällä ja välillä</li> <li>- Haasteet muutoksen toteuttamisessa</li> <li>- Sairaanhoitajien lisäkoulutus ja osaaminen riittämätöntä</li> <li>- Potilasturvallisuuden vaarantuminen</li> </ul>

## 5.1 Vahvuudet

### Henkilökunnan sitoutuminen muutokseen

Suomessa sairaanhoitajilla on perinteisesti itsenäinen työnkuva kansainvälisesti verrattuna. Työnjakoa on kehitetty pitkään Suomessa, esim. kansallisessa terveystieteiden tutkimuksessa.

vuodesta 2002 alkaen. Jo silloin on mietitty sairaanhoitajan rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta ja oireenmukaista hoitoa. Yksittäisiä tehtäviä on siirretty vähitellen, esim. korvien katsominen. Työnjako onnistuu kun se tehdään henkilökunnasta lähtöisin. Haastateltu henkilö kuvaa muutosta näin:

*”Siis koko tässä kehittämisprojektissa on ollut hirveän hyvää se että ollaan kaikki tehty silleen miten me ollaan haluttu. Eli me ihan rivityöntekijöiden ideat on kuunneltu ja viety käytäntöön ja testattu ja joskus vähän otettu takapakkia ja sitten testattu jotain muuta. Mutta että on itse siihen oman työn tekemiseen niin, saanut niin paljon vaikuttaa siihen kehittämiseen.”*

Työnjaon kehittäminen etenee sujuvasti, kun työyhteisössä on yhteinen tahtotila onnistumiseen, ollaan valmiita muutoksen ja on halua viedä asioita eteenpäin. Esim. jos terveysaseman tilanne on huono hoidon saatavuuden kannalta, työyhteisö voi olla valmis mihin tahansa muutokseen. Sairaanhoitajan peruskoulutus antaa tietyt valmiudet työtehtävien laajentamiseen, ja sairaanhoitajat ovat hoitaneet itsenäisesti esim. flunssapotilaita jo pitkään. Oma kiinnostus ja aikaisempi työkokemus voi helpottaa muutoksen tekemistä. On potilaan edun mukaista, jos ammattihenkilö itse haluaa omaksua laajentuneen työnkuvan, rajat ovat selkeät ja standardisoidut, sairaanhoitaja tietää, mitä pitää tehdä ja saa siitä asianmukaista palkkaa.

## **Yhteistyö**

Laki ammattihenkilöistä määrittää rajat, kuka voi tehdä mitäkin. Diagnosointi kuuluu lääkärille, mutta muuten laki on väljä ja sallii tehtävänsiirtoja. Työnantajan vastuulla on päättää työnjaosta ja varmistaa henkilökunnan riittävä osaaminen. Työparityöskentelyä on ollut jo pitkään, eli läheinen yhteistyö lääkärin ja sairaanhoitajan välillä ei ole uutta. Työnjaon onnistumisen kannalta on tärkeätä, että yhteistyö lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa on sujuvaa, sillä hyvä yhteistyö parantaa hoidon sujuvuutta. Yhdessä haastattelussa yhteistyötä ja konsultointia kuvataan seuraavasti:

*”No siihen on määrätty oma lääkäri, niin sanottu HTA- hoidon tarpeen arvio-lääkäri, jota he voi konsultoida soittamalla ja tosiaan tarvittaessa sit lääkäri tulee paikalle siihen tutkimaan vielä itse sen potilaan. Mutta siihen on ihan joka päivä määrätty erillinen henkilö, joka tekee yhteistyötä siinä päivystävän hoitajan kanssa.”*

Hyvä yhteistyö myös sallii sen, että työtä tehdään oman osaaminen rajoissa, sairaanhoitajan ei tarvitse ylittää valtuuksiaan, jos aina on konsultointimahdollisuus. Sairaanhoitaja saa aina tarkistaa lääkäriltä, jos on epävarma. Kokemus on, että sairaanhoitajat myös osaavat pyytää lääkärin paikalle oikea-aikaisesti. Diagnosointi kuuluu edelleen lääkärille, ja hän tulee varmistamaan esim. korvatulehduksen tai poskiontelontulehduksen.

### **Henkilökunnan tyytyväisyys**

Lääkärit ovat tyytyväisiä kun potilaat tulevat sairaanhoitajien hyvin ennalta tutkimina vastaanotoille. Tällöin he saavat tutkia potilaiden kiireettömiä asioita oikealla ajalla, jolloin he pystyvät ja ehtivät tekemään hoitosuunnitelman. Pitkittyneitä asioita ei hoideta päivystyksessä vaan paremmalla ajalla. Kun hoidon saatavuus on hyvä, potilailla ei ole niin paljon asioita kesken, vaan he tulevat vain yhden asian kanssa vastaanotolle. Sairaanhoitajilla taas työn mielekkyys voi lisääntyä uusien asioiden oppimisen myötä. Diagnosointi kuuluu kuitenkin edelleen lääkäreille, ja sairaanhoitajat ovat tyytyväisiä, kun tekevät vain omaan koulutukseensa liittyviä hoitotoimenpiteitä.

### **Hyvä hoidon saatavuus**

Uusien työnkuvien avulla vastataan potilaiden tarpeeseen ja parannetaan hoidon saatavuutta. Lääkärin aikoja vapautuu kun sairaanhoitajat saavat ottaa vastuuta hoidon tarpeen arviosta, päivystyspotilaiden hoidosta, puhelintyöstä, toimistoasioista, ja kiireettömästä vastaanotosta kuten haavahoidoista ja pitkäaikaissairaanhoidosta. Poissaolotodistusta, esim. flunssan tai vatsataudin takia, hakevat potilaat kuuluvat sairaanhoitajille, jolloin lääkärin työaika vapautuu vaativimpien, lääkärin ammattitaitoja vaativien potilaiden hoitamiseen. Sairaanhoitajien hoitaessa esim. verenpaineiden keskiarvojen laskennan, lääkärin aika ei mene mekaaniseen työhön vaan tutkimusten tuloksien arviointiin. Potilaat ovat tyytyväisiä, kun saavat hoitoa nopeasti ja oikeaan vaivaan.

### **Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat sairaanhoitajat**

Seurantakyselyt kertovat, että potilaat ovat hyvin tyytyväisiä rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaaviin sairaanhoitajiin. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneilla sairaanhoitajilla on koulutus potilaan tutkimiseen ja työn vaativuutta vastaava lisäpalkka.



Koulutus antaa heille varmuutta ja tietotaitoa. Se on säännelty ja siinä on valtakunnallinen loppukoe, millä osaaminen varmistetaan. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneen sairaanhoitajan oikeudet ovat selkeästi määritellyt ja heidät rekisteröidään Valviaraan. Heillä on reseptinkirjoitusoikeus koulutuksen puitteissa, eivätkä he koskaan määrää lääkkeitä oman erikoistumisalueensa ulkopuolelta, kuten ei kukaan lääkärikään. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden myötä on tehty tiettyjä käytäntöjä selkeämmiksi. Haasteltavaa kuvaa sitä näin:

”Ja kyllä niinkun Suomessa esim. on kyse myös siitä, että me ollaan tehty joitain harmaita käytäntöjä näkyviksi esim. lääkkeenmääräämisoikeuden kohdalla on ollut näitä tilanteita, että lääkäri tuolla syrjäseudulla esim. jättänyt pöytälaatikkoon valmiiksi kirjoitettuja reseptejä, että sairaanhoitaja sen täydentää, ...”

### **Jatkuva kouluttautuminen**

Sairaanhoitajat perehdytetään uusiin, laajentuneisiin työtehtäviin seuraamalla kokeneen sairaanhoitajan vastaanottoa, jolloin hän saa ymmärryksen, mitä potilaita hoidetaan ja miten. Oppimista tapahtuu myös kun konsultoiva lääkäri on paikalla, ja uusien sairaanhoitajien odotetaan alussa konsultoivan lääkärin enemmän kuin kokeneet sairaanhoitajat, tämä on osa oppimisprosessia. Lääkärit kouluttavat käytännössä laitteiden, esim. Sinuscanin käyttöön, eli sairaanhoitajat oppivat tekemällä, lääkärin tuella. Sairaanhoitajan oma määrätietoisuus edistää oppimista, ja sairaanhoitaja kehittyy työssään koko ajan. Osaamista ylläpidetään myös talon sisäisillä koulutuksilla, mm. luentokoulutuksien ja potilascase-koulutuksien avulla. Suomessa on myös tunnustettu uudet laajentuneet työnkuvat nurse practitioner, NP, ja clinical nurse specialist, CNS, jotka vaativat ylemmän korkeakoulututkinnon. Näiden uusien työnkuvien avulla voidaan edistää myös tutkimus- ja kehittämisosaamista, mitä tarvitaan kliinisen työn kehittämistä varten.

## **5.2 Heikkoudet**

### **Määritelmät ja työnkuvat epäselvästi kirjattu**

Työnjako kehittäminen hankaloituu jos työnkuvia ja siirtyviä tehtäviä ei ole kirjattu, eikä myöskään potilaan hoitopolkua, eli miten potilaat jaetaan sairaanhoitajan ja lääkärin välillä. Strukturoitua kirjaamista saattaa olla, mutta jos varsinaisia kysymyspatteristoja eri potilasryhmille ei ole uusien rooleissa toimiminen voi olla hankalaa. Jos strukturoitua perehdytystä ei ole, uusi sairaanhoitaja ei välttämättä tiedä, mitkä tehtävät hänelle kuuluvat. Roolit ja vastuualueet on kirjattu epäselvästi, ja lisäksi laajavastuuisen hoitotyön määritelmä vaihtelee Suomessa ja globaalisti. Sairaanhoitajat toimivat kirjavilla nimikkeillä, esim. sairaanhoitaja, päivystävä sairaanhoitaja, asiantuntijasairaanhoitaja, kliininen asiantuntija tai erikoistunut sairaanhoitaja. Sairaanhoitaja tekee itsenäisesti hoidon tarpeen arvion, tutkii potilaan ja antaa hoito-ohjeet esim. flunssapotilaan kohdalla. Tätä ei kuitenkaan kutsuta diagnoosiksi, koska lääkäri ei ole sitä tehnyt.

### **Lisäkoulutukseen panostaminen puutteellista**

Sairaanhoitajan saadessa suurempia oikeuksia ja velvollisuuksia kuin, mihin peruskoulutus antaa valmiudet, niin uudessa roolissa toiminen voi olla vaikeaa, jos ei ole määritetty mitä lisäkoulutusta ja osaamista pitää olla. Jos koulutusta uusimmista hoitosuosituksista ei järjestetä saatetaan noudattaa vanhentuneita ohjeita. Koulutustarpeet eivät tule esille jos osaamista ei varmisteta testeillä tai tenteillä. Suositellut täydennyskoulutusmäärät eivät myöskään välttämättä toteudu – Sairaanhoitajaliitto suosittelee kuutta täydennyskoulutuspäivää vuodessa. Lääkkeenmääräämiskoulutus ei houkuttele sairaanhoitajia, ja se on kallis työnantajalle. Koulutus sijoittuu välimaastoon, sillä se ei johda tutkintoon, mutta on vaatavuudeltaan silti yli erikoistuneen sairaanhoitajan tason. Peruskoulutuksessa syventyminen tulee liian aikaisin, ennen kuin on yhtään työkokemusta. Ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutukset taas eivät ole säänneltyjä, niille ei ole määritetty raameja sisällölle. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon taas ei sisälly kliinistä harjoittelua lainkaan. Haastateltava kuvailee ongelmaa näin:

*”Koska sairaanhoitajan perustutkintoon johtavassa koulutuksessa ei näitä (hoidon tarpeen arvio, potilaan tutkiminen, hoito-ohjeiden antaminen) asioita riittävällä syvyydellä käsitellä, ja toinen ongelma on se, että se liittyy myös ehkä näihin ammatillisiin erikoistumisopintoihin tai nykyisiin erikoistumiskoulutuksiin, että sitä osaamista koulutuksen aikana ei ole tietyllä tavalla harmonisoitu, että niinkun tässä lääkkeenmääräämiskoulutuksessa, jossa on kansalliset, yhtenäiset perusteet, joitten pohjalta tää koulutus järjestetään.”*

## **Työn vaativuus liiallista**

Itsenäinen vastaanottotyö on vaativampaa kuin sairaanhoitajan perustyö, mutta siitä ei aina makseta lisäpalkkaa, jolloin palkka ei vastaa työn vaativuutta. Peruskoulutus on osittain riittämätön, sillä sairaanhoitajalla ilman lisäkoulutusta saattaa olla käytännössä sama työnkuva kuin lääkkeenmääräämisoikeuden omaavalla sairaanhoitajalla. Ainoa ero on, että lääkkeenmääräämisoikeuden saanut sairaanhoitaja pystyy tekemään tietyt reseptit, todella suppeissa rajoissa, kun taas muut sairaanhoitajat joutuvat pyytämään reseptit lääkäriltä. Kummassakin tapauksessa vastuu potilaasta ja potilaan tutkimisesta on sairaanhoitajalla itsellään. Alussa voi esiintyä epävarmuutta omasta osaamisesta. Sairaanhoitajilla voi myös esiintyä väsymystä ja uupumusta kausittain, esim. kun potilasvirtaa on paljon flunssakautena ja henkilökuntakin sairastaa samaan aikaan.

## **Hoito ei ole asiakkaan näkökulmasta tarpeeksi sujuvaa**

Sairaanhoitajan työ vaikeutuu ja hidastuu jos selkeä hoitosuunnitelma puuttuu. Hoito voi myös hidastua jos sairaanhoitajalla ei ole rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta ja potilas joutuu odottamaan, että lääkäri tekee reseptin. Yhteistyö lääkärin ja sairaanhoitajan välillä vaatii opettelua ja voi olla lääkäreille haasteellista alussa. Lääkärit ovat tottuneita tekemään työtä itsenäisesti, ja luottamuksen syntyminen sairaanhoitajan tekemään tutkimukseen voi viedä aikaa, jolloin potilas saatetaan tutkia kahteen kertaan. Sairaanhoitajalle ohjautuu väärin potilaita, kun he saavat tulla soittamatta etukäteen, eli lääkärin vastaanottoa vaativa vaiva voi ilmestyä sairaanhoitajan vastaanotolle. Potilas voi myös kokea, että sairaanhoitajan vastaanotosta ei ole hyötyä, eikä halua tulla vastaanotolle.

## **5.3 Mahdollisuudet**

### **Sairaanhoitajan ydinosaamisen hyödyntäminen**

Haastatteluissa tuli ilmi todella tärkeä asia tulevaisuuden hoitotyön kannalta: sairaanhoitajan perustehtävää ei tulisi unohtaa. Tulevaisuudessa pitäisi hyödyntää sairaanhoitajan perusosaamista laajentuneiden työnkuvien rinnalla. Terveiden edistäminen, ennaltaeh-

käisy, kansanterveystyö, ryhmätoiminta, potilaan rinnalla kulkeminen, potilaan voimaannuttaminen ja itsestä vastuun kantamisen tukeminen ovat sairaanhoitajan ydinosamista jo valmiiksi. Lisäksi sairaanhoitaja voi antaa yleisvalistusta terveydestä huolehtimiseen päivystyksessään.

Case-manager toiminta, missä sairaanhoitaja ottaa päävastuun potilaasta, on myös tulevaisuutta ajatellen hieno mahdollisuus. Sairaanhoitajilla saattaa usein olla parempi käsitys potilaan kokonaistilanteesta, esim. elämäntilanteesta ja perheestä ja he myös tutkivat paljon lääkitykselle vaihtoehtoisia hoitokeinoja, jotka ottavat kokonaisuuden huomioon. Sairaanhoitajien vahvuuksiin kuuluu, ettei tuijoteta diagnoosia ja lääkityksiä. Hoidon edetessä sairaanhoitajan tuki ja ohjaus ovat keskeisiä.

### **Potilaan sujuva hoitopolku ja asiakaskeskeisempi hoito**

Työnjaon kehittäminen lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä voi parhaimmillaan johtaa hoidon tarpeen parempaan vastaamiseen, eli potilaiden tarpeeseen vastaamiseen. Potilaat ovat tyytyväisiä kun he pääsevät nopeasti hoitoon ja tietävät, että saavat tavata lääkärin tarvittaessa. Hoitopoluista tulee sujuvimpia sairaanhoitajien osaamisen myötä. Hoitopoluilla tarkoitetaan potilaan kulkua organisaatiossa, esim. terveysasemalla, eli mitkä potilaat kuuluvat lääkärille ja mitkä sairaanhoitajalle. Hoitopoluista ei ole hyötyä jos henkilö, joka varaa potilaalle ajan, ei tiedä miten kyseisen organisaation hoitopolku etenee. Tämän takia pitäisi kirjata tarkasti mitkä potilasryhmät kuuluvat sairaanhoitajan vastaanotolle, mitkä lääkärin vastaanotolle, ja missä tilanteissa tarvitaan lääkärin konsultatiota. Lääkärit taas hyötyvät siitä kun sairaanhoitaja on esihaastatellut ja tutkinut päivystyspotilaan tai pitkäaikaispotilaan ennen lääkärin tapaamista. Lääkärin pitäisi tässä vaiheessa malttaa kuunnella mitä sairaanhoitaja on jo haastatellut ja tutkinut. Parasta olisi saada lääkäri paikalle heti, kun tarve nousee esiin. Potilaan tilanne raportoitaisiin paikan päällä, jotta potilas tarvittaessa voi täydentää tietoja.

Sairaanhoitajan työtä taas hyödyttäisi hyvin paljon lääkärin tekemän hoitosuunnitelman olemassaolo, tämä helpottaa potilaan tutkimista ja päätöksentekoa. Kun lääkäreiden aikaa vapautuu sairaanhoitajien ottaessa enemmän vastuuta päivystyspotilaista, heillä on myös enemmän aikaa tutkia potilas kunnolla ja tehdä hoitosuunnitelma. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien avulla lääkärin työaika voitaisiin vielä enemmän vapauttaa mekaanisesta toimistotyöstä.

Tulevaisuudessa voisi hyödyntää entistä enemmän sähköisiä palveluja, kuten esim. chat-palvelua ja etävastaanottoa. Digitalisaation ja robottien avulla voitaisiin vapauttaa sairaanhoitajien aikaa rutiininomaisista töistä, jolloin heidän aikaansa vapautuu potilas-kohtaamisiin. Sairaanhoitajan lähetteenkirjoittamisoikeus röntgeniin tekee myös tuloaan, mikä taas nopeuttaisi ja sujuvoittaisi potilaan hoitopolkua. Laajentuneita työnkuvia tekevät sairaanhoitajat voisivat myös ottaa enemmän vastuuta ehkäisyasioista ja opiskeluterveydenhuollosta. Sairaanhoitajien rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta ja oireenmukaista hoitoa voisi laajentaa myös kunnallisen järjestämisvastuun piirissä oleville yksityisille toimijoille, jotta potilaat saisivat täyden hyödyn näistä sairaanhoitajista.

### **Laadukas hoito yhteistyön avulla**

Hyvän yhteistyön saavuttaminen vaatii asennekasvatusta, jotta kaikki tietävät mistä on kyse laajennetuissa työnkuvissa ja miksi niitä tarvitaan. Sairaanhoitajaliiton tekemiä sairaanhoitajien kollegiaalisuushjeita voisi käyttää apuna. Tarkoituksena on, että kaikki sairaanhoitajat ja lääkärit ymmärtävät, että uudet työnkuvat eivät ole uhka vaan resurssi. Jo lääkäreiden perehdytyksessä voisi käydä läpi sovitut käytännöt ja kertoa mikä on sairaanhoitajien työnkuva, jotta lääkäri sen ymmärtää ja tietää, että sairaanhoitajan teemmään tutkimukseen voi luottaa.

Konsultointikynnyksen pitäisi olla mahdollisimman matalalla. Varsinkin uusilla sairaanhoitajilla konsultaatioiden herkkyys on oleellinen osa perehdytystä, kun lääkäri opettaa kentällä. Tärkeätä olisi myös pitää kiinni sovitusta työnjaosta, vaikka on kiire. Sairaanhoitaja hoitaa potilaita vain oman osaamisensa puitteissa. Sairaanhoitaja ei saisi kokea, ettei uskalla konsultoida lääkäriä kiireen keskellä.

Keskustelu lääkäreiden kanssa järjestötasolla ja työpaikoilla on tärkeää, jotta lääkärit ymmärtäisivät, että sairaanhoitajien laajentuneet työnkuvat, esim. rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on myös lääkäreille mahdollisuus. Moniammatillisessa tiimissä pitäisi tunnustaa sairaanhoitajien osaaminen, ja hyödyntää sitä, että kaikilla on sama tavoite. Haastateltavan kommentti:

*”Vaan se on loistava, juurikin se, että kun meillä on erilaisia ammattilaisia, niin meillä on kaikilla se sama tavoite. Että kaikki, se meidän sydän sykkii sille, että me halutaan tuottaa potilaalle mahdollisimman hyvää hoitoa. Ja sit kun me päästään yhteisymmärrykseen siitä, että millä palikoilla se tuotetaan, niin me ollaan vapautettuja tekemään sitä täysin*

*rinnoin ja ottamaan se kaikkien ammattilaisten osaaminen täyteen käyttöön. Se on tärkeätä.”*

Tulevaisuudessa yhteistyötä voisi kehittää esim. yhteisten työharjoittelujen avulla, jolloin sairaanhoitajat ja lääkärit pääsisivät tutustumaan toistensa työnkuviin jo opiskeluvaiheessa, mikä helpottaisi ymmärrystä toisten roolista potilaan hoidossa.

### **Potilasturvallisuuden parantaminen**

Potilasturvallisuuden toteutumiseksi laajentuneissa työnkuissa, sairaanhoitajilla pitää aina olla konsultaatiomahdollisuus, heillä pitää olla koulutus työnkuvaan ja asianmukainen palkka, joka vastaa hoidon vaativuutta. Haastateltava kuvaa näin:

*”Ja tota, ja varmasti näitä tehtäväsiirtoja siellä on tehty, mutta se että miten kyllä itse näen että jotta sekä potilasturvallisuus että näitten ammattilaisten oikeusturva olisi kohdillaan niin pitäisi olla riittävästi koulutusta, pitää olla konsultointimahdollisuudet ja palkan pitää vastata tehtävän vaativuutta. ”*

Työnkuvien pitäisi olla tarkasti kirjattu, jotta jokainen sairaanhoitaja tietää, mitkä tehtävät hänelle kuuluvat. Potilasryhmille voisi tehdä kysymyspatteristot, mitkä ohjaisivat vastaanoton kulkua ja kirjaamista. Potilasryhmät tulisi ensin määrittää, heidän hoitopolkunsa ja hoito-ohjeensa pitäisi kirjata, ja sairaanhoitajan vastaanoton tehoa ja hyötyä pitäisi seurata. STM on laatinut ohjeet toimintayksiköille miten laajennetun tehtävänkuvan onnistuminen varmistetaan.

Työnantajan vastuulle jää osaamisen varmistaminen, mutta kansallisesti olisi hyvä määritellä koulutus- ja osaamisvaatimukset. Kaikilla sairaanhoitajilla, jotka tekevät laajentuneita työnkuvia pitäisi olla lisäkoulutus ja siihen liittyvä harjoittelu työelämässä. Osaamisen varmistaminen alkaa jo rekrytointitilaisuudessa, kun työnantaja haastattelee uutta työntekijää, ja jatkuu mm. kehityskeskustelussa, jossa varmistetaan, että työnkuva on oikea suhteessa osaamiseen. Kaikilla pitäisi kuitenkin olla paljon mahdollisuuksia lisäkoulutukseen. Tutkittua tietoa pitäisi myös hyödyntää enemmän käytännön työssä, tämä helpottaisi päätöksentekoa ja varmistaisi potilasturvallisuuden toteutumista, kun päätöksenteko nojaa tutkimustietoon.

## **Hoitotyön kehittäminen edelleen**

Hoitotyön kehittyminen helpottuisi määrittelemällä strukturoitu urapolku sairaanhoitajalle kliinisellä puolella, ja yhtenäistämällä kansallisesti nimikkeet järjestöjen ja työelämän kanssa, kuten esim. erikoistunut sairaanhoitaja ja laajavastuisen hoitotyön asiantuntija. Uudet, laajentuneet työnkuvatkin olisi syytä määritellä kansallisesti tasalaatuisuuden varmistamiseksi. Sairaanhoitajaliitto on tehnyt sairaanhoitajille urakehitysmallin, jota voisi käyttää. Uusien, laajentuneiden, työnkuvien nimikkeet voisi rekisteröidä Valviraan.

Erikoistumiskoulutuksetkin pitäisi yhtenäistää tasalaatuisiksi ja samansisältöisiksi. Sairaanhoitajille pitäisi sitä paitsi olla paljon mahdollisuuksia riittävään lisäkoulutukseen, jotta ei tuntisi, että joutuu liian itsenäiseen työhön liian suppealla osaamisella. Rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen voisi yhdistää osaksi ylempää ammattikorkeakoulututkintoa koulutusten selkeyttämiseksi. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon olisi syytä lisätä erikoistuminen, jotta saataisiin klinisiä asiantuntijoita erikoisaloille. Yleissairaanhoitaja, kuten yleislääkärikin, voisi olla yksi erikoistumisala. Koulutusten tulisi vastata työnkuvien merkitystä. Lisäkoulutusten kehittämiseen työelämän tarpeita vastaaviksi, ja varsinkin potilaiden tarpeita vastaaviksi, vaaditaan ammattikorkeakoulujen, yliopistojen ja työelämän tiivistä, hyvää yhteistyötä.

Työnjakoa voisi kehittää myös sairaanhoitajien ja muun henkilökunnan välillä, kuten esim. lähihoitajien kanssa. Sairaanhoitajien pitäisi saada keskittyä hoidollisiin tehtäviin, ja esim. toimistoasiat ja varastojen täyttämiset voisi jakaa muille työntekijöille. Laajentuneet tehtävänkuvat, jossa sairaanhoitajat saavat keskittyä omaan osaamiseen potilaskontakteissa, voisi houkutella työntekijöitä alalle. Sairaanhoitajien työnkuvaa voi edelleenkin laajentaa, asianmukaisella koulutuksella. Vaihtelemalla sairaanhoitajan työnkuvaa päivystyksen, pitkäaikaisvastaanoton ja puhelintyön välillä sairaanhoitajan omien toiveiden mukaan, vähennettäisiin väsymistä työnkuvaan.

Tulevaisuudessa jopa kaikilla itsenäistä vastaanottoa pitävillä voisi olla rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Kaikilla ei välttämättä tarvitse olla ylempää ammattikorkeakoulutusta, mutta ainakin yhteisesti sovittu lisäkoulutus. Lisäkoulutettavien sairaanhoitajien määrää tulisi lisätä, sillä on tarve ihmisille, jotka kehittävät hoitotyötä kauttaaltaan ja tekevät tutkimusta. Tutkimusaiheiden pitäisi nousta esiin käytännön hoitotyöstä. Kliiniset asiantuntijat kehittäisivät alan tutkimusta ja jalkauttaisivat tutkittua tietoa käytännön työhön.

Kliininen osaaja voi toimia konsulttina muille sairaanhoitajille. Voisi myös ajatella, että laajentuneiden työnkuvien avulla saataisiin kliininen osaaja potilaan kotiin, joka parhaimmassa tapauksessa tukisi kotona selviämistä ja vähentäisi päivystyskäyntejä.

## 5.4 Uhat

### **Ristiriidat ammattikuntien sisällä ja välillä**

Sairaanhoitajan työstä voi tulla hyvin yksinäistä, jos ei ole konsultaatiomahdollisuutta eikä lääkäriä koko ajan tukena. Muutenkin hyvää yhteistyötä sairaanhoitajan ja konsulttoivan lääkärin välillä korostettiin tärkeänä, sen pitää sujua. Haastateltava kuvaa epäonnistunutta konsultointia näin:

*”No tota niin, jos ajatellaan, että siinä ei ole sitä lääkärin tukea takana tai että se lääkäri ei ole tosi helposti saavutettavissa ja tosi matalalla kynnyksellä, ja jos se lääkäri on semmoinen että se tiuskasee sinne puhelimeen että mitä sä tänne soittelet, eikä ole niinkun jo tulossa kun sä soitat, niin joo. Sitten tulee varmasti semmoisia tilanteita että tulee tehtyä semmoisia omia diagnooseja tai semmoisia ratkaisuja jotka ei sitten kuulu minun ammattitaitooni eikä työnkuvaani tehdä.”*

Myös väärät käsitykset eri rooleista voivat estää sairaanhoitajien laajentuneiden työnkuvien toteuttamisen. Kateus sairaanhoitajakunnan sisällä on globaalisti esille tullut asia kun laajentuneita työnkuvia otetaan käyttöön. Sairaanhoitajat voivat tuntea epävarmuutta omasta osaamisestaan, jolloin asiantuntijanimikkeellä paikalle tuleva kollega voi laukaista vastareaktion. Kateutta voi esiintyä ammattikuntien sisällä, jos palkkauksesta ja rooleista ei ole sovittu tarkasti. Lääkäriliiton vastustus sairaanhoitajien rajatulle lääkkeenmääräämisosoikeudelle voi vaikeuttaa uusien työnkuvien käyttöönottoa ja kehittämistä.

### **Haasteet muutoksen toteuttamisessa**

Potilaat voivat aluksi vastustaa sairaanhoitajan tapaamista lääkärin sijaan. Ajatusmaailmaa pitää myös henkilökunnan toimesta muuttaa, ja muutosvastarinta voi olla kovaa, jotkut ihmiset voivat haluta elää menneessä. Henkilökunta voi tuntea epävarmuutta ja



kantaa huolta siitä onnistuuko työnjako ollenkaan. Jos tehtävänsiirtoja ei tehdä hallitusti, potilasturvallisuus ja ammattihenkilön oikeusturva voivat kärsiä. Henkilökunta voi tuntea turhautumista, jos työaika ei kohdennukaan pääasiassa uuteen osaamiseen, mutta tämä koskee lähinnä rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneita sairaanhoitajia. Samalla rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneiden sairaanhoitajien vaikutus yksikön toimintaan voi jäädä vähäiseksi, jos heitä on vain yksi tai kaksi työyksikköä kohden. Haasteita voi myös tuoda se, jos lisävastuusta ja –tehtävistä ei makseta lisää palkkaa, ja tämä on kuntien itsensä päätettävissä. Myös oman työn hallinnan menettäminen voi tuottaa ongelmia, esim. jos lääkäri ei enää saa tehdä työohjelmaansa itse, tai sairaanhoitaja ei saa vaikuttaa, tekeekö hän laajentuneita tehtäviä vai ei. Lisäksi vielä sairaanhoitajan perustehtävän unohtuminen on uhka sairaanhoitajien laajentuneiden työnkuvien kehittämisessä, jos keskitytään vain lääketieteellisen osaamisen lisäämiseen. Sairaanhoitajan perustehtävä on kuitenkin ennaltaehkäisevää kansanterveystyötä, neuvontaa ja potilaan rinnalla kulkemista, ja sairaanhoitajan osaamista pitäisi käyttää myös siihen.

### **Potilasturvallisuuden vaarantuminen**

Sairaanhoitaja saattaa itse joskus ylittää valtuutensa ja tehdä omia ratkaisuja potilasvastaanotolla. Riski on olemassa myös jos hän ei uskalla konsultoida lääkäriä, jos lääkäriillä on kiire tai lääkäri ei tule vastaan kommunikoinnissa. Potilasturvallisuus voi vaarantua, jos roolit ovat epäselvät, eikä työnjaosta ole sovittu riittävän tarkasti. Jää epäselväksi, missä ammattiryhmien rajat kulkevat, jolloin sairaanhoitaja saattaa ylittää valtuutensa. Myös esim. työn liukuihinomaisuus saattaa heikentää työn laatua, jos sairaanhoitaja tutkii suuren määrän potilaita lyhyessä ajassa, jolloin hän ei ehkä muista sanoa kaikkea tärkeää jokaiselle potilaalle. Tähän liittyvä riski on kysymyspatteriston puuttuminen päivystyksessä, jolloin kaikilta potilasryhmiltä ei strukturoidusti kysytä samoja asioita. Perusterveydenhuollossa toki aina on riski, että jotain hälyttävää jää huomaamatta kaiken tavallisen keskellä, kun potilasmassa on valikoitumatona. Tämä riski on toki aina olemassa myös lääkärin vastaanotolla.

Uhka potilasturvallisuuden toteutumiselle on myös, ettei kaikilta itsenäistä vastaanottoa pitäviltä sairaanhoitajilta vaadita lisäkoulutusta. He eivät välttämättä ole saaneet riittävää täydennyskoulutusta uuteen työnkuvaan, eikä heidän tietopohjansa ylitä perustasoa. On puhuttu myös osaamisvaatimusten alentamisesta, mikä tietysti heikentää potilasturvallisuutta. Hälyttävää on myös, jos organisaation omavalvonta ja seuranta on heikkoa.

Työnjaon kehittymisen ja sairaanhoitajien laajentuneiden työnkuvien vaikuttavuutta ei arvioida eikä osaamista seurata ja valvota.

### **Sairaanhoitajien lisäkoulutus ja osaaminen riittämätöntä**

Kaikissa organisaatioissa osaamista ei varmisteta ja seurata systemaattisesti, eikä kaikilla sairaanhoitajilla ole lisäkoulutusta laajentuneiden työnkuvien tekemiseen. Kansainvälisesti suositellaan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kaikille itsenäisesti vastaanottoa pitävälle, mutta tätä ei vaadita Suomessa. Kliinisen tutkimisen merkitys sairaanhoitajan peruskoulutuksessa nähdään liian vähäisenä, ja työkokemus voi työyksikköön tullessa olla puutteellista. Tietotaito ja osaaminen eivät välttämättä riitä laadukkaaseen potilaskohtaamiseen vastaanotolla, ja sairaanhoitaja voi olla epävarma, osaako hän kysyä oikeat kysymykset oikeaan aikaan, ja osaako puuttua oikeissa tilanteissa hälyttäviin oireisiin. Uhkana on, että sairaanhoitaja joutuu tekemään liian itsenäistä työnkuvaa liian suppealla koulutuksella. Kliinistä työtä tekevällä sairaanhoitajalla ei myöskään ole mahdollisuutta seurata alan tutkimusta koko ajan.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Johtopäätökset

Tutkimuksen johtopäätökset esitellään laajennetun SWOT-analyysin avulla.

Taulukko 4. Laajennettu SWOT-analyysi.

<b>HYÖDYNÄ MENESTYSTEKIJÄT</b> <b>-&gt; SO suunnitelma</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Henkilökunta sitoutetaan muutokseen</li><li>- Itsenäistä työnkuvaa hyödynnetään</li><li>- Yhteistyön merkitystä korostetaan</li><li>- Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien hoitajien määrää lisätään</li><li>- Laajentuneita rooleja tuodaan organisaatioon</li></ul>	<b>HEIKKOUEDET VAHVUUKSIKSI</b> <b>-&gt; WO suunnitelma</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Työnjaon määritelmät kirjataan</li><li>- Potilasryhmät määritellään</li><li>- Sairaanhoidajien urapolku yhtenäistään</li><li>- Työnjakoa kehitetään sairaanhoidajien ja esim. lähihoitajien välillä</li><li>- Hoitosuunnitelmat tehdään, raportointiin panostetaan</li></ul>
<b>UHAT HALLINTAAN</b> <b>-&gt; ST suunnitelma</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Konsultaatiomahdollisuus aina</li><li>- Keskustellaan muutoksesta</li><li>- Koulutetaan organisaation sisällä</li></ul>	<b>MAHDOLLINEN KRIISITILANNE</b> <b>-&gt; WT suunnitelma</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Koulutus- ja osaamisvaatimusten määrittäminen ja seuranta</li><li>- Työnjaon määrittäminen</li><li>- Lisäpalkan määrittäminen</li><li>- Hoitopolkujen kirjaaminen</li></ul>

#### 6.1.1 Hyödynnä menestystekijät

Alla esitellään SO-suunnitelma, eli ”miten yritys parhaiten hyödyntää menestystekijöitään eli vahvuuksiaan ympäristön tarjoamissa mahdollisuuksissa” (Vuorinen 2013.).

Vahvuuksiin työnjaon kehittämisessä kuuluu muutokseen sitoutunut henkilökunta, mikä saavutetaan sillä, että henkilökunta itse saa osallistua uusien työnkuvien suunnittelemiseen ja vaikuttaa omaan työhönsä. Tätä voisi tulevaisuudessa hyödyntää ottamalla klinistä työtä tekevät sairaanhoitajat mukaan työnjaon suunnitteluun, jotta varmasti sairaanhoitajien ydinosaaminen saadaan mukaan myös uusiin rooleihin potilaan hyödyksi. Sairaanhoitajilla on Suomessa varsin itsenäinen työnkuva, ja monilla sairaanhoitajilla onkin jo paljon osaamista työkokemuksen ja peruskoulutuksen kautta. Tätä kannattaa ehdottomasti hyödyntää työnjakoa kehitettäessä, kuten myöskin sairaanhoitajan tietämystä potilaan kokonaistilanteesta. Sairaanhoitaja voisi olla päävastuussa potilaan kanssa tehtävästä yhteistyöstä, ja hän olisi se, joka konsultoi muita toimijoita, esim. lääkäriä, sosiaalityöntekijää ja tai päihdetyöntekijää.

Toinen keskeinen asia työnjaon onnistumisessa on yhteistyö organisaation sisällä lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä mutta myös sairaanhoitajien kesken. Panostamalla keskusteluun ammattikuntien välillä ja sisällä, pystytään tuottamaan laadukasta, asiakaskeskeistä hoitoa potilaille. Sairaanhoitajan tutkiessa potilaan mahdollisimman valmiiksi ennen kuin potilas tapaa lääkärin, nopeutuu potilaan kulku esim. terveysaseman hoitoprosessissa. Työtyytyväisyys voi parantua hyvän yhteistyön ja selkeiden työnkuvien myötä. Parhaimmassa tapauksessa toimivalla yhteistyöllä ja työnjaolla parannetaan hoidon saatavuutta ja vastataan potilaiden tarpeeseen paremmin, samalla kun tuotetaan laadukkaita palveluita.

Hoidon saatavuutta voisi myös parantaa lisäämällä rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien sairaanhoitajien määrää organisaatioissa. Muutenkin jatkuva sairaanhoitajien kouluttaminen on oleellista potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta. Määrittelemällä kansallisesti koulutus- ja osaamisvaatimukset itsenäistä vastaanottoa pitävillä sairaanhoitajille, varmistettaisiin potilaan hoidon tasalaatuisuus. Erikoistumiskoulutusten yhtenäistäminen toisi tasalaatuisuutta sairaanhoitajien osaamiseen.

Suomessakin tunnustettuja laajentuneita rooleja, kuten klinisiä asiantuntijoita, voisi hyödyntää esim. työnkuvien kirjaamiseen, hoitopolkujen määrittelemiseen ja hoitosuosituksen tuomiseen käytännön kliniseen työhön. Heitä voisi myös hyödyntää työnjaon kehittämisen seurannassa ja arvioinnissa, mitä aina tulisi tehdä, jos työnjakoa muutetaan ja tuodaan uusia työnkuvia organisaatioon.

### 6.1.2 Heikkoudet vahvuuksiksi

WO-suunnitelma, "miten yritys muuttaa heikkoutensa sopimaan paremmin ympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin" (Vuorinen 2013.), tarkoittaa tässä tapauksessa miten organisaatio pystyy kääntämään työnjaon heikkoudet vahvuuksiksi.

Esille tulleita heikkouksia työnjaon kehittämisessä olivat mm. epäselvät määritelmät työnjaosta, jota ei myöskään ollut kirjattu. Hoitopolut organisaation sisällä oli jätetty kirjaamatta, eikä ollut selvää, mitkä potilasryhmät kuuluvat lääkärille ja mitkä sairaanhoitajalle. Hoitopoluista tulee sujuvampia sairaanhoitajien osaamisen myötä, mutta ne pitäisi kirjata tarkasti. Potilasryhmien määrittely, hoitopolkujen kirjaaminen sekä kysymyspatteristojen kehittäminen ja hoitosuunnitelmien kirjaaminen helpottaisi potilaan asioimista terveysasemalla, sairaanhoitajan työtä itsenäisellä vastaanotolla, sekä lääkärin työtä konsulttina.

Itsenäistä vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien lisäkoulutus vaihtelee paikasta toiseen, eikä osaamista useimmiten varmisteta. Joissakin tapauksissa täydennyskoulutus on riittämätöntä. Erikoistumisopintojen sisältö vaihtelee ammattikorkeakoulujen välillä. Rajattu lääkkeenmäääämiskoulutus ei välttämättä houkuttele ja se on työnantajalle kalliseikä ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuulu lainkaan kliinistä harjoittelua. Näitä asioita voitaisi parantaa erikoistumiskoulutusten yhtenäistämisellä, sairaanhoitajan urapolun vakinaistamisella ja laajentuneiden työnkuvien nimikkeiden rekisteröinnillä. Urapolun yhtenäistäminen kansallisesti helpottaisi työnjaon kehittämistä, sillä nimikkeet ja koulutusvaatimukset olisivat samat joka paikassa. Tämä helpottaisi organisaation työnjaon kehittämistä sekä myös sairaanhoitajien liikkumista, jos vaatimukset olisivat samat kaikkialla.

Työn vaativuus ei sinänsä ole heikkous, mutta palkan pitäisi aina vastata työn vaativuutta. Laajentuneet työnkuvat ovat mahdollisuus sairaanhoitajille, sillä niiden avulla saadaan lisää henkilökuntaa alalle. Silloin palkkauksen pitää olla kunnossa ja suhteessa siihen, että sairaanhoitaja ottaa vastuun potilaasta. Sairaanhoitajien uupumista kausittain ei ehkä voi täysin estää, mutta resursseja voisi kohdentaa uudella tavalla. Toimistorutiinit voisi siirtää lähihoitajille, siivoaminen ja varastojen täyttämiset jollekin ihan toiselle ammattiryhmälle. Siihen ei välttämättä tarvitse hoitoalan koulutusta.

Hoidon sujuvuutta voi aina parantaa. Hoitosuunnitelma helpottaa sairaanhoitajan itsenäistä työtä, ja päällekkäistä tutkimista voi vähentää parantamalla dialogia lääkäreiden

ja sairaanhoitajien välillä. Luottamus lääkärin ja sairaanhoitajan välillä on oleellista ja työyhteisössä on tärkeätä luoda hyvä ilmapiiri keskustelemalla työnjaon kehittämiseen liittyvistä mahdollisuuksista. Nämä on hyvä tuoda esille myös potilaille, jos he kokevat, että sairaanhoitajan tapaamisesta ei ole hyötyä. Tosin potilaat ovat olleet hyvin tyytyväisiä rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaaviin sairaanhoitajiin, joten heidän määräänsä voisi lisätä kaikissa organisaatioissa. Näin hoito nopeutuisi, kun potilaan ei tarvitse odottaa, että lääkäri kirjoittaa reseptin. Näin potilaan hoitopolku olisi sujuvampi ja toivon mukaan potilaat vielä tyytyväisempiä.

### **6.1.3 Uhat hallintaan**

Alla esitetään ST-suunnitelma, eli “miten yritys hallitsee uhkia vahvuuksiensa avulla” (Vuorinen 2013).

Työnjaon onnistunutta kehittämistä uhkaavat ristiriidat ammattikuntien sisällä ja välillä. Yksinäisyyden tunne konsultaatiomahdollisuuden puuttumisen seurauksena voi pahimassa tapauksessa johtaa potilasturvallisuuden vaarantumiseen, jos sairaanhoitaja alkaa tehdä omia ratkaisujaan ylittämällä valtuutensa. Tämän estämiseksi konsultaatiomahdollisuuden kynnyksen tulisi aina olla matalalla. Sairaanhoitajien kateutta toisia ja uusia rooleja kohtaan voisi vähentää sopimalla palkkauksesta ja rooleista sekä asennekasvatuksella.

Yhteistyötä esim. työparityöskentelyn muodossa on ollut jo pitkään Suomessa, joten lääkärit ja sairaanhoitajat ovat jo tottuneita yhdessä tekemiseen. Työnjaon kehittäminen henkilökunnan lähtökohdista ja heidän ideoidensa avulla on jo hyvä alku ammattikuntien väliseen hyvään yhteistyöhön potilaiden hyväksi. Kateutta ammattikunnan sisällä voisi yrittää vähentää jo suunnitteluvaiheessa aktivoimalla koko henkilökunta osaksi muutosta. Hyvä keskustelu myös järjestötasolla edistää ymmärrystä uusien roolien mahdollisuuksista.

Kaikilla sairaanhoitajilla, jotka pitävät itsenäistä vastaanottoa ei ole lisäkoulusta, mikä voi tuoda epävarmuutta osaako kysyä oikeat kysymykset oikeissa tilanteissa. Kliinisen tutkimisen opetus perustutkinnossa on hyvin vähäistä, eikä työkokemusta välttämättä ole samanlaisista työtehtävistä. Riittämätöntä lisäkoulutusta ja osaamista voisi parantaa lisäämällä rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneitä sairaanhoitaja organisaatioon. Heillä on koulutus potilaan tutkimiseen ja asianmukainen palkanlisä. Koulutus on

säännelty, siihen liittyy valtakunnallinen loppukoe ja koulutuksesta valmistuneet sairaanhoitajat rekisteröidään Valviraan. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden käyneiden sairaanhoitajien osuuden lisääminen helpottaisi epävarmuutta työnjaosta tilanteessa, jossa rooleja ja rajauksia ei ole kirjattu tarkasti. Potilastyytyväisyyttäkin parannettaisiin kun hoito on sujuvampaa rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden myötä. Lisäksi organisaation sisällä olisi syytä jatkuvasti antaa koulutusta sekä luentokoulutuksen että käytännön opetuksen avulla.

#### **6.1.4 Mahdollinen kriisitilanne**

Alla esitetään WT-suunnitelma, "miten yritys varautuu mahdollisiin heikkouksien ja uhkien yhdessä luomiin kriisitilanteisiin" (Vuorinen 2013).

Potilasturvallisuus voi vaarantua jos sairaanhoitajilla ei ole riittävää lisäkoulutusta, eikä osaamista varmisteta kunnolla. Tähän mahdolliseen kriisitilanteeseen voisi vastata määrittelemällä koulutusvaatimukset itsenäistä vastaanottoa pitävälle sairaanhoitajille. Osaamista tulisi varmistaa jatkuvasti, esim. testien avulla. Myös näyttöjä voisi ajatella osaamisen varmistamiseksi. Vastuu tästä on työnantajalla, joka voisi käyttää Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeita työnjaon kehittämisen seurantaan.

Toinen uhkaava kriisi on epäselvä määritelmä työnjaosta. Jos työnjakoa ei ole kirjattu, roolit ovat epäselvät, konsultointikriteerit puuttuvat, eikä kysymyspatteristoa ole käytössä, henkilökunta ei voi olla varma omista työtehtävistään ja rajoista, missä tekee työtä, jolloin potilasturvallisuus vaarantuu. Jos lisäpalkkaa ei ole määritelty, tämä voi tuoda esille katetutta sairaanhoitajien kesken, joten siitä olisi syytä sopia kansallisesti.

Potilasturvallisuuden toteutumisen voisi varmistaa tekemällä selkeän työnjaon, määrittelemällä roolit ja tehtävät, kirjaamalla potilaan hoitopolku, määrittelemällä potilasryhmät ja tekemällä heille hoito-ohjeet. Tämän jälkeen varmistettaisiin, että koko klinistä työtä tekevä henkilökunta on tietoinen mainituista käytännöistä, jolloin potilaan hoidosta tulee sujuvaa ja turvallista. Hoitopolkujen kirjaaminen helpottaisi tätä, minkä myötä sairaanhoitajalle aina olisi selvää missä tapauksissa lääkäriä pitää konsultoida. Hoitopolut ja -prosessit tulisi kuitenkin kirjata hyvin ja koko henkilökunnalla pitäisi olla ne tiedossaan. Uudet roolit ja työnkuvat pitäisi myös olla tarkasti kirjattu, jotta kaikki tietävät oman tehtävänsä organisaation sisällä ja potilasturvallisuus toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla.

## 6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Kirjallisuudessa kansainvälisesti on yksimielisyys siitä, että ”Advanced Practice Nursing” eli laajavastuinen hoitotyö suomeksi, on kliinisesti yli perustason (Dowling et al. 2013, Ruel ja Motyka 2009.) ICN (International Council of Nurses) kuvailee kliinistä asiantuntijaa erinomaisen tietotaidon omaavana sairaanhoitajana, jolla on kehittynyt päätöksentekokyky ja kliininen osaaminen laajennettuun ammatinharjoittamiseen. (Altersved et al. 2011.) Tutkimustuloksissa vahvistettiin, että osaamisen pitäisi olla yli perustason, sillä kaikissa haastatteluissa tuli esille itsenäisen vastaanoton vastuullisuus. Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että itsenäistä potilasvastaanottoa pitävillä sairaanhoitajille pitäisi aina järjestää lisäkoulutusta. Peruskoulutus Suomessa ei anna riittäviä valmiuksia potilaan kliiniseen tutkimiseen.

Kansainvälisesti on suositeltu maisterintutkintoa lähtötasoksi (Altersved et al. 2011). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan Suomessa ei välttämättä olisi tarvetta suositella maisterintutkintoa tai ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kaikille. Suomessa sairaanhoitajat saavat riittävät valmiudet peruskoulutuksen myötä, ja työnkuva on hyvin itsenäinen jo peruskoulutuksen saaneilla sairaanhoitajilla. Kansallisesti määritellyllä ja sovitulla lisäkoulutuksella sairaanhoitajille voisi tuoda osaamista potilaan tutkimiseen, ja sen myötä parantaa potilasturvallisuutta. Tulevaisuudessa voisi harkita rajattua lääkkeenmääräämiskoulutusta kaikille itsenäistä vastaanottoa pitävillä sairaanhoitajille, sillä siinä opetetaan ja harjoitellaan potilaan kliinistä tutkimista. Toisaalta pohdittiin, että rajattu lääkkeenmääräämiskoulutus voisi olla osa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, jolloin YAMK-tutkintoon saataisiin sisällytettyä kliinistä harjoittelua. Tämä selkeyttäisi myös rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien sairaanhoitajien paikkaa Sairaanhoitajaliiton (2016) julkaisemassa urakehitysmallissa. Yhdysvalloissa opetetaan kliinistä arviointia, diagnoosin tekemistä ja potilaan hoitamista kliinisten asiantuntijoiden koulutusohjelmissa (Colvin et al. 2014). Tästä voitaisi ottaa mallia myös Suomessa.

Nykyisessä Sairaanhoitajaliiton (2016) mallissa laajavastuisessa hoitotyössä toimivalla sairaanhoitajalla on kliinistä työkokemusta perustutkinnon jälkeen ja ylempi korkeakoulututkinto. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus ei tässä määritelmässä kuulu laajavastuiseen hoitotyöhön, vaan tämä on välimaastossa peruskoulutuksen ja laajavastuisen hoitotyön välissä, mikä tekee sairaanhoitajan uramallista hieman epäselvän. Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että itsenäistä sairaanhoitajan vastaanottoa pitäviltä sairaanhoitajilta vaaditaan enemmän kuin, mihin peruskoulutus antaa valmiudet, joten heillä tulisi olla riittä-



vää työkokemusta ja lisäkoulutusta. Tämä viittaisi laajavastuiseen hoitotyöhön Sairaanhoidajaliiton (2016) määritelmän mukaan, lukuun ottamatta vaatimusta ylemmästä korkeakoulututkinnosta.

Koulutusvaatimuksien yhtenäistämiseen kansallisesti tuli siis esille tarvetta. Nimikkeiden yhtenäistäminen selkeyttäisi sairaanhoitajan työnkuvaa. Sairaanhoidajaliitto (2016) määrittelee asiantuntijasairaanhoitajaksi sairaanhoitajan, joka itsenäisellä vastaanotolla tutkii ja hoitaa akuuteista ja kroonisista terveysongelmista kärsiviä potilaita. Tutkimuksessa itsenäistä vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat kulkevat kirjavilla nimikkeillä, kuten sairaanhoitaja, päivystävä sairaanhoitaja, asiantuntijasairaanhoitaja, kliininen asiantuntija ja rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saanut sairaanhoitaja. Tämä sopii kansainvälisessä kirjallisuudessa esiin tulleeseen epäselvyyteen kliinisen asiantuntijan roolista ja vaihtelevista määrittelyistä (Gardner et al. 2013). Sairaanhoidajaliiton julkaisun (2016) mukaan laajavastuisia työnkuvia tekeillä sairaanhoitajilla korostuvat itsenäinen kliininen hoitotyö edistyneellä tasolla ja päätöksenteko. Tutkimuksessa esiin tulleissa työnkuvauksissa näitä laajentuneita työnkuvia tekevät myös ainoastaan peruskoulutuksen saaneet sairaanhoitajat, mikä vaikuttaa ristiriitaiselta aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna. Tämän työn tulokset kertovat, että koulutus- ja osaamisvaatimusten yhtenäistäminen kansallisella tasolla olisi toivottavaa.

Gardner ja kumppanit (2007) esittävät tarpeen uudelle sairaanhoitajan roolille, missä on laajennettu autonomia ja päätöksenteko, mutta mikä ei laillisesti ulotu yli sairaanhoitajan viitekehyksen. Tehy kuvaa julkaisussaan (2014) perusterveydenhuollon vastaanotto-työtä, jossa sairaanhoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin, toteuttaa tutkimukset ja antaa hoito-ohjeet tavallisia infektioita sairastaville potilaille. Tehyn suositus on kuitenkin, että työnjaosta, eli tehtävistä ja vastuista, pitäisi sopia kirjallisesti, samalla kun varmistetaan konsultaatiomahdollisuus. Tämä vastaa hyvin tämän haastattelututkimuksen tuloksia. Sairaanhoidajaliiton raportissa (2016) muistutetaan, että vastaanottotyössä edellytetään lisä- tai täydennyskoulutusta, sillä siinä tarvitaan erityisosaamista päätöksenteossa yhdessä potilaan kanssa.

Hoidon saatavuuden parantaminen on kansainvälisesti ollut tavallisin syy laajentaa sairaanhoitajien rooleja (Fagerström ja Glasberg 2011.) Tutkimuksen tuloksissa tuli tämän mukaisesti tärkeänä esille potilaiden tarpeeseen vastaaminen hoidon saatavuuden parantamisen ohella. Skaraborgissa kliinisille asiantuntijoille on annettu lupa määrätä laboratorio- ja röntgentutkimuksia ja tehdä diagnooseja, mutta he eivät saa määrätä lääkkeitä

(Bergman et al. 2013). Suomessa on menty askelta pidemmälle rajatun lääkkeenmäärämisosoikeuden myötä, ja tulossa on myös rajattu röntgeniin lähettämisoikeus. Diagnostikoiden tekemisessä kuitenkin menee raja, eikä tutkimuksen aikana missään vaiheessa tullut esille, että sairaanhoitajat tekisivät diagnooseja. Kuitenkin monessa paikassa sairaanhoitaja hoitaa potilaan täysin itsenäisesti, eikä potilas tapaa lääkärä lainkaan. Tämä on hieman ristiriistaista, sillä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä rajaa lääketieteellisen tutkimuksen, taudinmäärityksen ja siihen liittyvän hoidon laillistetun lääkärin tehtäväksi ([www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)), ja flunssapotilaiden kohdalla sairaanhoitaja vastaa usein kaikista edellä mainituista vaiheista.

Hoitohenkilökunnan kokemuksia kliinisen asiantuntijan roolista on kerätty Ruotsissa, ja esille tulivat mm. positiivinen suhtautuminen uusiin rooleihin, hoitoon pääsyn paraneminen, ja lääkäreiden ajan vapautuminen vaikeampiin tapauksiin. (Altersved et al. 2011.) Tässä tutkimuksessa tuli esille pääasiassa tyytyväinen suhtautuminen sairaanhoitajien laajentuneisiin työkuviin lääkäreiden, sairaanhoitajien sekä tietysti potilaiden mielestä. Hoidon saatavuuden paraneminen mainittiin kaikissa haastatteluissa, ja todella tärkeänä kohtana nähtiin lääkäreiden ajan vapautuminen lääkärin osaamista vaativiin tehtäviin. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa tuli myös esille, että henkilöstön yhteinen osaaminen parani kliinisten asiantuntijoiden lääketieteellisen osaamisen avulla, sillä muun hoitohenkilökunnan oli helpompaa konsultoida kliinistä asiantuntijaa kuin lääkärä, ja konsultoinnin avulla heidän oma osaamisensa parani. Tämän opinnäytetyön tuloksissa ei tullut esille, että tätä konsultoimismahdollisuutta olisi ollut kliinisessä työssä, mutta se nähtiin mahdollisuutena tulevaisuudessa.

Sairaanhoitajien mielipiteitä kliinisistä asiantuntijoista on selvitetty myös Hong Kongissa (Christiansen et al. 2012), ja yhtenäisyyksiä tämän työn tulosten kanssa oli potilasturvallisuuden edistäminen, hoidon laadun paraneminen, odotusaikojen lyheneminen, sairaanhoitajien itsenäisyyden lisääntyminen, tietojen ja taitojen kehittyminen, työhyvinvoinnin lisääntyminen ja lääkäreiden työmäärän väheneminen. Hong Kongissa tehdyssä tutkimuksessa tuli myös esille tuloksia, mitä ei mainittu tämän työn puitteissa tehdyissä haastatteluissa Sairaanhoitajien roolien laajeneminen parantaa sairaanhoitajien ammattimaisuutta ja imagoa, edistää sairaanhoitajien asemaa, edistää kunnioitusta sairaanhoitajia kohtaan, tukee itsensä kehittämistä, parantaa itsetuntoa, parantaa urakehitystä ja johtaa parempiin työmahdollisuuksiin sekä lisää ylenemismahdollisuuksia. Nämä ovat kuitenkin asioita mitä voisi pohtia tulevaisuuden laajentuneita työkuvia kehitettäessä.

Palkkauksen kohoaminen tuli myös esille Hong Kongissa tehdyssä tutkimuksessa (Christiansen et al. 2012). Tässä opinnäytetyössä huomattiin eroavaisuudet palkkauksessa, kun kunnat itse saavat päättää maksetaanko itsenäistä vastaanottoa pitävälle sairaanhoitajille lisää palkkaa. Faris ja kumppaneiden (2010) artikkelissa kävi ilmi kliinisten asiantuntijoiden tyytymättömyys siihen, että palkkaus oli sama kuin muillakin sairaanhoitajilla. Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden saaneet sairaanhoitajat saavat lisäpalkkaa laajentuneista tehtävistä Suomessa, mutta toinen lähes samaa itsenäistä vastaanotto-työtä tekevä sairaanhoitaja, ilman rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta, ei välttämättä sitä saa. Sairaanhoitajaliiton julkaisussa (2016) tuodaan esille, että palkkatason määrittämiseksi vaaditaan nimikkeiden ja työnkuvien yhtenäistäminen Suomessa.

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa (Altersved et al. 2011) tuli esille muutamia haasteita kliinisten asiantuntijoiden organisaatioon tulon seurauksena kuten laboratoriotyöntekijöiden työmäärän lisääntyminen. Terveystenhoitajat ja lääkärit taas kokivat, etteivät enää saaneet hoitaa infektiopotilaita. Lääkkeenmääräämisoikeuden puuttuminen oli haitallista uudelle roolille, eikä se edistänyt toimintaa terveyskeskuksessa. Mitään tällaisia tuloksia ei tässä työssä havaittu, mutta toisaalta laboratoriohenkilökuntaa tai terveydenhoitajia ei haastateltu tätä työtä varten. Hong Kongissa tehdyssä tutkimuksessa (Christiansen et al. 2012) taas kävi ilmi, että potilaat useammin luottavat lääkäreihin kuin sairaanhoitajiin. Tässä opinnäytetyössä tuli esille, että potilaat useimmiten alkuepäilyksen jälkeen olivat tyytyväisiä sairaanhoitajien antamaan hoitoon.

Sairaanhoitajien uudet roolit voivat aiheuttaa hämmennystä ja ristiriitoja sairaanhoitajien keskuudessa, jos uusia rooleja ei ole määritelty selvästi (Fagerström ja Glasberg 2011; Christiansen et al. 2012). Uusien roolien määritelmät vaihtelevat eri maiden välillä, mutta myös maiden sisällä (Jokiniemi et al. 2015). Samanlaisia tuloksia nimikkeiden kirjosta saatiin tässä opinnäytetyössä, ja toivottiin työnjaon ja nimikkeiden selkeää määrittelemistä ja kirjaamista jo uusien roolien suunnitteluvaiheessa. Esille tulleita estäviä tekijöitä olivat myös ymmärryksen puute kliinisen asiantuntijan roolista, puutteellinen tuki lääkäreiltä, suuri työmäärä, liikaa muita työtehtäviä sekä puutteelliset välineet (Faris et al. 2010). Tämän työn tuloksissa painotettiin yhteistyön ja hyvän dialogin tärkeyttä työnjaon onnistumisen kannalta. Lääkäreiden tuki konsultaatiomahdollisuuden muodossa on myös ensisijaisen tärkeää. Työssä ei varsinaisesti tullut esiin sairaanhoitajien liian suuri työmäärä, paitsi kausiluontoisesti esim. flunssakausina, mutta työnjakoa tulisi kuitenkin kehittää niin, että sairaanhoitajien työaika menisi pääasiassa potilastyöhön eikä toimitoasioihin tai siivoamiseen. Longprén ja kumppaneiden (2014) mukaan muuttuvat ammattiroolit voivat johtaa stressiin ja tyytymättömyyteen jos vaadittu osaaminen ylittää

henkilökunnan omat resurssit. Tämän työn tutkimuksessa painotettiin lisäkoulutuksen tärkeyttä sekä konsultaatiomahdollisuutta, jolloin kenenkään sairaanhoitajan ei tarvitse ylittää omia valtuuksiaan.

Ammattitaitoiset johtajat ovat tärkeässä asemassa osaamisen varmistamisessa, ja esimiehen rooli on tärkeä työnjaon kehittämisen onnistumisen kannalta (Sairaanhoitajaliitto 2016.) Työn uudelleenorganisoinnin edellytys on, että työnantaja ja työntekijät saadaan sitoutumaan muutokseen (KT kuntatyönantajat 2016). Tässä työssä ei niinkään mainittu esimiesten roolia, vaan keskeisenä onnistumisen kannalta pidettiin henkilökunnasta lähtevää muutosta. Sairaanhoitajaliitto (2016) kannustaa arvioimaan muutoksen tavoitteiden toteutumista, mutta tässä opinnäytetyössä käy ilmi, että arviointi ja seuranta usein on puutteellista.

Yhteiskunnan tarpeisiin voidaan vastata työnjakoa kehittämällä (KT Kuntatyönantajat 2016). Laajavastuisissa työnkuissa toimivilla sairaanhoitajilla pystytään tulevaisuudessa pienentämään terveys- ja hyvinvointieroja, varmistamaan hoitoon pääsy oikeaan aikaan, ja tuottamaan väestökeskeisiä palveluita (Sairaanhoitajaliitto 2016). Tämä tutkimus kertoo hoidon saatavuuden parantuneen työnjaon kehittämisen ja sairaanhoitajien itsenäisten vastaanottojen ansiosta, mutta työnkuvia voisi kehittää vielä enemmän. Kliinisten asiantuntijoiden roolit ovat osittain kehittyneet vastaamaan sairaanhoitajien omia odotuksia uran suhteen (Gardner et al. 2007), ja uusien työnkuvien ja urakehitysmahdollisuuksien avulla voidaan lisätä alan vetovoimaa ja organisaatioon sitoutumista (Sairaanhoitajaliitto 2016; Tehy 2014). Asiantuntijatehtävissä toimiville sairaanhoitajille on tarvetta tulevaisuudessa, sillä he voisivat auttaa tuottamaan asiakaslähtöisiä, näyttöön perustuvia palveluita (Sairaanhoitajaliitto 2016.) Tässä opinnäytetyössä vahvistuu tarve asiantuntijatehtäville tulevaisuudessa hoidon laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi.

### **6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tässä työssä on seurattu Arcadan hyvää tieteellistä käytäntöä (Arcada 2014, God vetenskaplig praxis). Haastateltavien tiedot on pidetty salassa, he pysyvät anonyymeinä eikä heidän henkilöllisyyttään voi tunnistaa tästä opinnäytetyöstä. Haastattelut litteroitiin välittömästi ja nauhoitukset poistettiin. Litteroituja tekstejä säilytetään yhden kuukauden ajan raportin julkaisusta, minkä jälkeen ne hävitetään. Kaikille haastateltaville tehtiin sel-

väksi, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Kaikki täyttivät suostumuslomakkeen ennen haastattelun alkamista. Opinnäytetyön kirjoittaja säilyttää suostumuslomakkeet ja suojelee haastateltavien henkilötietoja, eikä koskaan luovuta niitä eteenpäin. Kaikista organisaatioista on saatu tutkimuslupa haastattelujen tekemistä varten.

Haastateltavat ovat oman aiheensa asiantuntijoita, minkä takia heidän on valittu tutkimukseen. He kuitenkin tuovat esille omia mielipiteitään, eikä ainoastaan edustamansa organisaationsa virallista kantaa. Opinnäytetyön kirjoittaja on itse organisaatiossa töissä, jossa on kehitetty työnjakoa, joten puolueellisuutta voi esiintyä. Tutkija on pyrkinyt olemaan tietoinen tästä ja pysymään puolueettomana haastatteluissa, eikä esittämään omia näkemyksiään. Haastattelujen kulun ollessa vapaa ja keskusteleva, tutkija on yrittänyt ohjata keskustelua haastattelurunkoon päin, kuitenkin antaen luvan haastateltavalle puhua vapaasti itselle kiinnostavasta aiheesta.

Luotettavuuden kannalta olisi ollut tärkeätä saada potilasedustaja haastateltavaksi, jolloin olisi saatu potilaan näkökulma työnjaon kehittämisestä. Tästä kuitenkin pidättäydyttiin tutkimusluvan saamisen haasteiden takia. Potilasnäkökulma olisi tuonut lisää syvyyttä analyysiin.

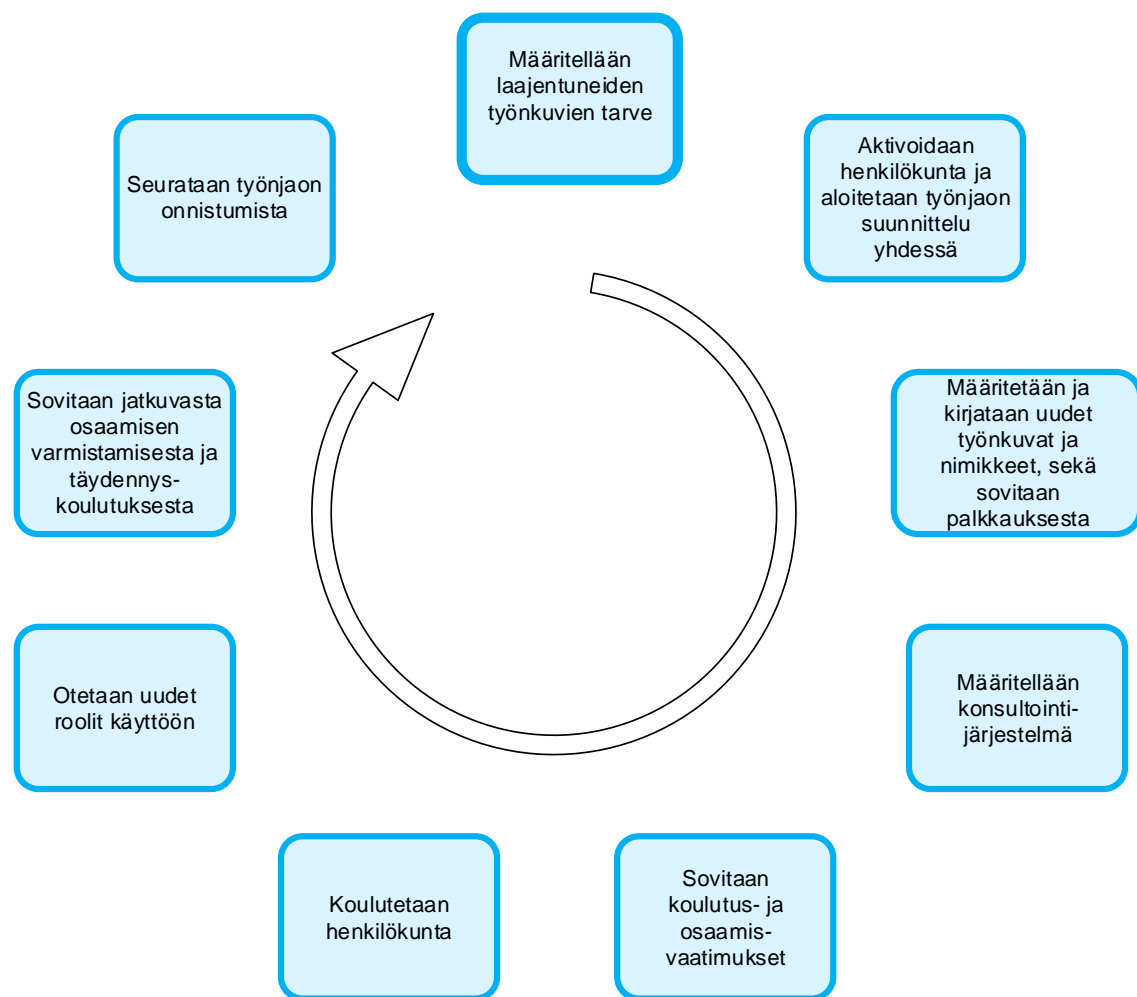
Tämän opinnäytetyön tekeminen aloitettiin jo keväällä 2016, jolloin aineistohaut on tehty. Tämän jälkeen on lisätty kolme lähdettä taustaosaan suositusten perusteella. Työn menetelmä muuttui tutkimussuunnitelman ensimmäisen version jälkeen, minkä takia opinnäytetyön valmistuminen myöhästyi syksylle 2017. Aineistohakuja ei toistettu, joten uusia tutkimuksia aiheesta ei ole liitetty tähän työhön, minkä seurauksena työ ei ole täysin ajan tasalla.

Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset määriteltiin luvussa 3. Tarkoitus saavutettiin vastaamalla tutkimuskysymyksiin, joihin saatiin vastaukset haastatteluista tehdyillä analyysillä. Tavoitteeseen pääseminen jatkuu opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

## 6.4 Toimintasuunnitelma

Opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamiseksi luotiin esimerkki onnistuneesta työnjaon kehittämisestä tutkimustulosten perusteella.

Kuva 1. Esimerkki onnistuneeseen työnjaon kehittämiseen.



### Jatkotutkimusehdotukset

- Sairaanhoidajien vastaanottotoiminnan vaikuttavuus ja kustannussäästöt
- Työtyytyväisyys uusien roolien myötä
- Asiakastytyväisyys laajentuneiden työnkuvien myötä
- Diagnoosin tekijän määritteleminen uudestaan, tarvitaanko lakimuutoksia?

## LÄHTEET

- Altersved, E., Zetterlund, L., Lindblad, U. & Fagerström, L. 2011. Advanced Practice Nurses: A new Resource for Swedish primary health-care teams. *International Journal of Nursing Practice*. 17: 174-180.
- Bergman, K., Perhed, U., Eriksson, I., Lindblad, U. & Fagerström, L. 2013. Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: A new role in Swedish primary care. *International Journal of Nursing Practice*. 10: 326-333.
- Christiansen, A., Vernon, V. & Jinks A. 2012. Perceptions of the benefits and challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong: a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 1173-1181.
- Colvin, L., Cartwright, A., Collop, N., Freedman, N., McLeod, D., Weaver, T. E., Rogers, A. E. 2014. Advanced Practice Registered Nurses and Physician Assistants in Sleep Center and Clinics: A Survey of Current Roles and Educational Background. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. Vol 10, No. 5.
- Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., Murphy, K. 2013. Advanced practice nursing: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*. 19: 131-140.
- Fagerström, L. & Glasberg, A-L. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management*. 19, 925-932.
- Faris, J., Douglas, M., Maples, D., Berg, L. & Thrailkill, A. 2010. Job satisfaction of advanced practice nurses in the Veterans Health Administration. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22 (2010) 35-44.
- Flinkman, Mervi 2014. Osaaminen käyttöön. Laadua ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. Tehyn julkaisu.
- Gardner, G., Chang, A., Duffield, C. & Doubrovsky, A. 2013. Delineating the practice profile of advanced practice nursing: a cross-sectional survey using the modified strong model of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*. 69 (9), 1931-1942.
- Gardner, G., Chang, A., Duffield, C. 2007. Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 57 (4), 382-391.

Hotus 2014. [http://www.hotus.fi/system/files/Expertise\\_web.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Expertise_web.pdf). 2.10.2014. Luettu 17.5.2016

Jokiniemi, K., Haatainen, K., Meretoja, R. & Pietilä, A-M. 2015. The future of the Clinical Nurse Specialist Role in Finland. *Journal of Nursing Scholarship*. 47:1, 78-86.

KT Kuntatyönantajat 2016. Toimivaan työnjakoon. Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollossa.

Longpré, C., Dubois, C-A., Tchouaket Nguemeleu, E. 2014. Associations between level of services integration and nurses' work-place well-being. *BMC Nursing* 13:50.

Paakkonen, Heikki. The contemporary and future clinical skills of emergency department nurses. Experts' perceptions using Delphi- technique. Kuopio University Publications E. Social Sciences 163. 2008. 210 p.

Ruel, J. & Motyka, C. 2009. Advanced practice nursing: A principle-based concept analysis. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 21, 384-392.

Sairaanhoitajaliitto 2016. <https://sairaanhoitajat.fi/2016/laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita/>. Raportti julkaistu 11.4.2016.

Tuomi ja Sarajärvi 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuorinen, T. 2013. Strategiakirja : 20 työkalua. Talentum 2013. 2. painos 2014.

[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Haettu 25.10.2017.

[www.suomisanakirja.fi/diagnoosi](http://www.suomisanakirja.fi/diagnoosi). Haettu 25.10.2017.



## LIITTEET

Liite 1. Taulukko aineistonhausta

Sähköinen tietokanta	Hakusanat	Tulokset (kpl)	Valittu luettavaksi (kpl)	Valittu työhön
Cinahl (EBSCO) 19.2.2016	Advanced practice nurse AND questionnaire	43	10	5
	Advanced practice nurse AND job satisfaction	4 (2 samaa kuin edellisessä haussa)	1	0
	"advanced practice nurse role"	1	1	1
Pubmed (MEDLINE) 19.2.2016	Advanced practice nurse AND questionnaire	52	3	2
	"advanced practice nurse role"	0	0	0
	Advanced practice nurse AND job satisfaction	3	0	0
Cinahl 1.4.2016	"advanced practice nurse" AND "definition"	9	3 (+ 1 sama kuin aikaisemmassa haussa)	3
Pubmed 1.4.2016	"advanced practice nurse" AND "definition"	1	0	0
Cinahl 17.5.2016	Jokiniemi	2	2	1

## Liite 2. Haastattelurunko

1. Miten työnjakoja on kehitetty terveysasemilla?
2. Miten sairaanhoitajien tehtäviä ja vastuita on määritelty ja rajattu? – Minkälaisia potilaita hoidetaan?
3. Mitä sairaanhoitajilta vaaditaan ja miten osaaminen varmistetaan? – Miten heidät koulutetaan?
4. Millä nimikkeillä sairaanhoitajat toimivat ja maksetaanko heillä palkanlisää?
5. Mikä on ollut hyvää, toimivaa ja onnistunutta?
6. Mitä haasteita, vastoinkäymisiä on ilmennyt?
7. Onko vastuun laajentamisessa huonoja puolia? Perustele.
8. Miten sairaanhoitajien osaamista voidaan käyttää hyväksi parhaalla mahdollisella tavalla tulevaisuudessa?

### Liite 3. Tiedote tutkimuksesta

#### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

#### SAIRAANHOITAJA HOIDON ASiantuntijana - TYÖNJAON KEHITTÄMINEN TERVEYSASEMIEN PÄIVYSTYKSESSÄ

#### **Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Teitä pyydetään osallistumaan tutkimukseen, jossa haastatellaan asiantuntijoita eri organisaatioista terveysasemien työnjaon kehittämiseen liittyen. Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluina. Kaikki haastateltavat käsitellään anonyymeina, eikä ketään ole mahdollista tunnistaa missään tutkimuksen vaiheessa.

Tutkimus on Ylempi AMK-opinnäytetyö, joka tehdään Ammattikorkeakoulu Arcadassa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Heikki Paakkonen.

Tutkija toimii sairaanhoitajana Espoon kaupungilla, Kalajärven terveysasemalla. Tämä opinnäytetyön tuloksia käytetään työnjaon kehittämiseen Espoon kaupungin terveysasemilla.

#### **Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Tässä työssä kartoitetaan sairaanhoitajien laajentuneita tehtäväkuvia ja asiantuntijarooleja haastattelemalla aiheen asiantuntijoita ja tekemällä laadullinen sisällönanalyysi. Tarkoituksena on analysoida, miten onnistuneesti lisätään tehtäviä ja vastuuta hoidosta sairaanhoitajille, miten tehtäväsiirtoja tulevaisuudessa toteutetaan onnistuneesti ja linjassa kansallisten ja kansainvälisten suositusten mukaisesti. Työn tavoitteena on helpottaa työnjaon kehittämistä Espoon terveysasemilla. Tämä opinnäytetyö on osa terveysasemien kehittämisprojektia Espoossa.

#### **Tietojen käsittely**

Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan analysointia varten. Nauhoituksia ja litteroitua materiaalia säilytetään ainoastaan kunnes tutkimustulokset ovat raportoitu. Tutkija on ainoa, joka käsittelee aineistoa, ja hävittää itse kaikki materiaalit.

#### **Tutkimustulosten raportointi**

Tutkimus julkaistaan YAMK-opinnäytetyönä Arcadassa syksyllä 2017.

#### **Tutkijan yhteystiedot**

Martina Gästrin  
YAMK-opiskelija, kliininen asiantuntijuus  
Ammattikorkeakoulu Arcada  
Sairaanhoitaja, Espoon kaupunki  
martina.gastrin@arcada.fi

#### Liite 4. Suostumuslomake

### SUOSTUMUSLOMAKE

### SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Tutkimuksen nimi: Sairaanhoitaja hoidon asiantuntijana – Työnjaon kehittäminen terveysasemien päivystyksessä

Tutkimuksen tekijä: Martina Gästrin, Sairaanhoitaja AMK, YAMK-opiskelija

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen. Tämä tehdään YAMK-opinnäytetyönä Ammattikorkeakoulu Arcadalle. Tässä työssä kartoitetaan sairaanhoitajien laajentuneita tehtäväkuvia ja asiantuntijarooleja haastattelemalla aiheen asiantuntijoita ja tekemällä laadullinen sisällönanalyysi. Tarkoituksena on analysoida, miten onnistuneesti lisätään tehtäviä ja vastuuta hoidosta sairaanhoitajille, miten tehtäväsiirtoja tulevaisuudessa toteutetaan onnistuneesti ja linjassa kansallisten ja kansainvälisten suositusten mukaisesti. Työn tavoitteena on helpottaa työnjaon kehittämistä Espoon terveysasemilla. Tämä opinnäytetyö on osa terveysasemien kehittämisprojektia Espoossa.

Osallistun tähän tutkimukseen vapaaehtoisesti. Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja aineiston keruusta, mikä suoritetaan yksilöhaastattelujen avulla. Tiedän, että antamani tietoja käsitellään luottamuksellisesti, eikä tietoja luovuteta sivullisille. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan analysointia varten. Nauhoituksia ja litteroitua materiaalia säilytetään ainoastaan kunnes tutkimustulokset ovat raportoitu. Tutkija on ainoa, joka käsittelee aineistoa, ja hävittää itse kaikki materiaalit.

Olen tietoinen, että tutkimus julkaistaan theseus.fi-verkkosivulla, jossa voin käydä siihen tutustumassa. Tiedän, että tutkimuksen valmistuttua siitä voidaan myös julkaista artikkeli alan julkaisussa.

\_\_\_/\_\_\_ 2017 \_\_\_\_\_

## Liite 5. Analyysin eteneminen

STRENGTHS - VAHVUUDET	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työnjakoa lääkärin ja sairaanhoitajan välillä on kehitetty pitkään, ei ihan uutta</li> <li>- Muutokset henkilökunnasta lähtöisin</li> <li>- Muutosmyönteinen ilmapiiri, oltiin valmiita muutokseen</li> <li>- Motivaatio, yhteinen tahtotila onnistumiseen</li> <li>- Peruskoulutus antaa tietyt valmiudet</li> <li>- Oma kiinnostus, työkokemusta jo</li> <li>- Potilaan edun mukaista jos henkilö itse haluaa tehdä laajentuneita työnkuvia</li> </ul>	Henkilökunnan sitoutuminen muutokseen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ammattihenkilölaki määrittää rajat</li> <li>- Työnantaja päättää työnjaosta ja varmistaa osaamisen</li> <li>- Työparityöskentelyä on ollut jo pitkään</li> <li>- Yhteistyö lääkäreiden kanssa hyvää</li> <li>- Hyvä yhteistyö parantaa hoidon sujuvuutta</li> <li>- Työtä tehdään oman osaamisen rajoissa</li> <li>- Sairaanhoitajan ei tarvitse ylittää valtuuksiaan</li> <li>- Aina konsultaatiomahdollisuus</li> <li>- Sairaanhoitajat pyytävät lääkärin oikea-aikaisesti</li> </ul>	Yhteistyö
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perehdytys</li> <li>- Opitaan lääkäriltä kentällä</li> <li>- Käytännön opetus laitteiden käyttöön</li> <li>- Opitaan tekemällä, lääkäri tukena</li> <li>- Sairaanhoitajan osaaminen kehittyy koko ajan</li> <li>- Oma määrätietoisuus</li> <li>- Osaamisen ylläpitäminen talon sisäisillä koulutuksilla</li> <li>- Luentokoulutus, potilascase-koulutusta</li> <li>- Suomessa tunnustettu NP ja CNS</li> </ul>	Jatkuva kouluttautuminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vastataan potilaiden tarpeeseen</li> <li>- Parempi saatavuus</li> <li>- Lääkärin aikoja vapaina potilaille</li> <li>- Sairaanhoitajat voi hoitaa monia potilasryhmiä</li> <li>- Poissaolotodistuksen hakijat ei lääkärille</li> <li>- Vastaanottoajat jakautuu oikein</li> <li>- Lääkärin työaika ei kulu mekaaniseen työhön</li> <li>- Lääkärit tekee lääkäreiden työtä</li> <li>- Potilastyytyväisyys paranee</li> </ul>	Hoidon saatavuus hyvä
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Koulutus potilaan tutkimiseen ja palkanlisä</li> <li>- Varmuutta ja tietotaitoa</li> <li>- Säännelty koulutus, valtakunnallinen loppukoe</li> <li>- Valviran rekisteröinti, oikeudet määritelty selkeästi</li> <li>- Reseptinkirjoitusoikeus koulutuksen puitteissa</li> <li>- Ei määrää lääkkeitä oman alueen ulkopuolelta</li> <li>- Harmaita käytäntöjä tehty näkyviksi</li> <li>- Potilaat tyytyväisiä lämä-hoitajiin</li> </ul>	Lämä-hoitajat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaat tulee esitutkittuina vastaanotolle</li> <li>- Lääkäri pystyy tutkimaan paremmalla ajalla ja tekemään hoitosuunnitelman</li> <li>- Ei hoideta pitkittyneitä vaivoja päivystyksessä, vaan oikealla ajalla</li> <li>- Potilaat tulevat vastaanotolle vain yhden asian kanssa</li> <li>- Työn mielekkäisyys lisääntyy uuden oppimisen myötä</li> <li>- Ei tarvitse pelätä</li> <li>- Lääkärit tekevät edelleen diagnoosin</li> </ul>	Henkilökunnan tyytyväisyys

WEAKNESSES - HEIKKOUEDET	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työnkuvia ja siirtyviä tehtäviä ei kirjattu</li> <li>- Hoitopolkuja ei kirjattu, mitkä kuuluu sairaanhoitajalle</li> <li>- Roolit ja vastuualueet kirjattu epäselvästi</li> <li>- Ei strukturoitua perehdytystä</li> <li>- Ei yhtenäisiä kirjaamisohjeita, kysymyspatteristoja</li> <li>- Laissa ei määritellä työnjakoa</li> <li>- Laajavastuisen hoitotyön määritelmä vaihtelee Suomessa ja globaalisti</li> <li>- Kirjavat nimikkeet</li> </ul>	Määritelmät ja työnkuvat epäselvästi kirjattu
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaikilla ei lisäkoulutusta</li> <li>- Ei koulutusta uusimmista hoitosuosituksista</li> <li>- Noudatetaan vanhoja ohjeita</li> <li>- Osaamista ei varmisteta testeillä</li> <li>- Suositellut täydennyskoulutuspäivien määrät ei toteudu</li> <li>- Lämä-koulutus ei houkuttele</li> <li>- Erikoistumisopinnot vaihtelevat ammattikorkeakoulujen välillä, eikä niitä säännellä, ei raameja sisällölle</li> <li>- YAMK:ssa ei kliinistä harjoittelua</li> </ul>	Lisäkoulutukseen panostaminen puutteellista
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työ vaativampaa kuin perustyö, ei palkanlisää</li> <li>- Palkka ei vastaa työn vaativuutta</li> <li>- Peruskoulutus riittämätön</li> <li>- Vastuu potilaasta ja tutkimisesta ilman koulutusta</li> <li>- Yhteistyö vaatii opettelua, erilainen työskentelytapa haaste lääkäreille</li> <li>- Epävarmuus alussa omasta osaamisesta</li> <li>- Uupuminen kausittain</li> </ul>	Työn vaativuus liiallista
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoitosuunnitelma puuttuu</li> <li>- Sairaanhoitajalle ohjautuu väärin potilaita</li> <li>- Tuplatutkiminen, päällekkäisyydet</li> <li>- Ei luottamusta lääkärin ja sairaanhoitajan välillä</li> <li>- Potilas ei koe hyötyä sairaanhoitajan vastaanotosta</li> <li>- Hoito hidastuu jos sairaanhoitajalla ei ole rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta</li> </ul>	Hoito ei ole asiakkaan näkökulmasta tarpeeksi sujuvaa

OPPORTUNITIES - MAHDOLLISUUDET	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoidon tarpeeseen vastaaminen</li> <li>- Hoidon saatavuuden parantaminen</li> <li>- Potilaat tyytyväisiä kun pääsee hoitoon nopeasti</li> <li>- Hoitopolut sujuvampia sairaanhoitajien osaamisen myötä</li> <li>- Lääkärit hyöttyy kun potilas tavannut hoitajan ensin, hyödynnetään jo tehtyä työtä</li> <li>- Lääkäri paikalle heti kun tarve nousee</li> <li>- Hoitosuunnitelmien olemassaolo</li> <li>- Toimistoasioiden perkaaminen vielä enemmän</li> <li>- Sähköiset palvelut</li> <li>- Lähetteenkirjoittamisoikeus röntgeniin</li> <li>- Ehkäisyasiat, opiskeluterveydenhuolto</li> <li>- Lämä-hoitajat myös yksityisille toimijoille</li> </ul>	Potilaan sujuva hoitopolku ja asiakaskeskeisempi hoito
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sairaanhoitajan perustehtävän muistaminen</li> <li>- Yleisvalistus päivystyksessä</li> <li>- Ennaltaehkäisy, opastus, kansanterveystyö</li> <li>- Ryhmätoiminta</li> <li>- Case manager toiminta</li> <li>- Sairaanhoitajalla voi olla parempi kokonaiskuva potilaan tilanteesta</li> <li>- Sairaanhoitajat tutkivat enemmän vaihtoehtoja lääkitykselle</li> </ul>	Sairaanhoitajan ydinosaamisen hyödyntäminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strukturoitu kliininen urakehitysmalli</li> <li>- Nimikkeiden ja työnkuvien määrittely kansallisesti, rekisteröinti</li> <li>- Erikoistumiskoulutusten yhtenäistäminen</li> <li>- Lämä-koulutuksen yhdistäminen YAMK-tutkintoon</li> <li>- YAMK:ssa erikoistuminen, esim. yleissairaanhoitaja</li> <li>- Yhteistyö amk:t, ylipistot, työelämä</li> <li>- Ei hoidollisten tehtävien poistaminen, työnjaon kehittäminen</li> <li>- Laajentuneet työnkuvat voivat houkutella alalle</li> <li>- Sairaanhoitajan työnkuvan laajentaminen asianmukaisella koulutuksella</li> <li>- Vaikuttaminen omaan työnkuvaan</li> <li>- Kaikilla mahdollisesti lämä-koulutus, ei välttämättä YAMK, mutta sovittu lisäkoulutus</li> <li>- Lisäkoulutettavien määrän lisääminen</li> <li>- Tarve ihmisille, jotka kehittävät hoitotyötä kauttaaltaan</li> <li>- Kliininen asiantuntija potilaan kotiin</li> <li>- Kliininen osaaja voi toimia konsulttina muille</li> </ul>	Hoitotyön kehittäminen edelleen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asennekasvatus, mistä on kyse</li> <li>- Lääkäreiden perehdytyksessä jo käytäntöjen läpikäyminen, hoitajaan voi luottaa</li> <li>- Konsultointi matalalla kynnyksellä,</li> <li>- Konsultaatioiden herkkyyys, opitaan lääkäriltä</li> <li>- Pidetään kiinni sovituista säännöistä</li> <li>- Keskustelu lääkäreiden kanssa, mahdollisuus heille, kaikilla sama tavoite</li> <li>- Moniammatillisessa tiimissä tunnustetaan sairaanhoitajan osaaminen</li> <li>- Yhteiset työharjoittelut opiskelijoille</li> </ul>	Laadukas hoito yhteistyön avulla
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilasturvallisuuden toteutumiseksi kons.mahdollisuus, koulutus, palkka</li> <li>- Työnkuvien kirjaaminen</li> <li>- Yhtenäiset kysymyspatteristot tavallisimmille potilasryhmille</li> <li>- Potilasryhmien määrittely, hoitopolkujen ja hoito-ohjeiden kirjaaminen, seuranta tehokkuudesta ja hyödystä</li> <li>- STM tehnyt ohjeet työnjaon kehittämisen seuranta varten</li> <li>- Osaamisen varmistaminen, määritellään koulutus- ja saamisvaatimukset</li> <li>- Rekrytointitilaisuudessa osaamisen varmistaminen</li> <li>- Kaikilla lisäkoulutus yhtenäisin perustein + harjoittelu työelämässä</li> <li>- Paljon mahdollisuuksia koulutukseen</li> <li>- Tutkimustiedon hyödyntäminen klin. työssä, päätöksenteko helpottuu</li> </ul>	Potilasturvallisuuden parantaminen

THREATS - UHAT	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ei ole konsultaatiomahdollisuutta</li> <li>- Yksinäisyys</li> <li>- Yhteistyön sujumattomuus</li> <li>- Epävarmuus omasta ja muiden toiminnasta</li> <li>- Asenteet, väärinkäsitykset</li> <li>- Ammattikunnan sisäinen kateus</li> <li>- Vastakkainasettelu järjestöjen välillä</li> </ul>	Ristiriidat ammattikuntien välillä ja sisällä
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lääkärin tuki riittämätön, sairaanhoitaja ylittää valtuudet</li> <li>- Kiire, ei uskalleta konsultoida (häiritä) lääkäriä</li> <li>- Sairaanhoitaja ylittää omat valtuudet ja oman osaamisen</li> <li>- Epäselvät roolit</li> <li>- Rajauksia ei ole sovittu</li> <li>- Liukuhihnamaisuus</li> <li>- Ei kysymyspatteristoa päivystyksessä</li> <li>- Perusterveydenhuollossa aina riski kun valikoitumatonta potilasmassaa</li> <li>- Ei vaadita lisäkoulutusta</li> <li>- Ei riittävää täydennyskoulutusta uuteen työnkuvaan</li> <li>- Tietoperusta ei yli perustason</li> <li>- Osaamisvaatimusten heikentäminen</li> <li>- Oma-alvonta ja seuranta riittämätöntä</li> </ul>	Potilasturvallisuuden vaarantuminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potilaiden vastustus</li> <li>- Muutosvastarinta</li> <li>- Ajatusmaailman muuttaminen vaikeaa</li> <li>- Epävarmuuden tunne</li> <li>- Huoli onnistuuko työnjaon muutos</li> <li>- Tehtävänsiirrot ei hallittuja</li> <li>- Turhautuminen jos työaika ei kohdennukaan uuteen osaamiseen (lämä)</li> <li>- Lämä-hoitajien vähäinen osuus henkilökunnasta</li> <li>- Lisävastuut ja -tehtävät eivät tuo lisää palkkaa</li> <li>- Sairaanhoitajan perustehtävän unohtuminen, keskittyminen vain lääketieteellisen osaamisen lisäämiseen</li> <li>- Oman työn hallinnan menettäminen</li> </ul>	Haasteet muutokset toteuttamisessa
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osaamista ei varmisteta ja seurata</li> <li>- Kaikilla sairaanhoitajilla ei ole lisäkoulutusta</li> <li>- Ei ylempää korkeakoulukoulutusta itsenäisesti vastaanottoa pitävillä sairaanhoitajilla</li> <li>- Kliinisen tutkimisen opetus peruskoulutuksessa riittämätöntä</li> <li>- Ei tarpeeksi opetusta kliinisessä tutkimisessa</li> <li>- Puutteellinen työkokemus</li> <li>- Osaaminen ja tietotaito ei tarpeeksi hyvää</li> <li>- Potilaskohtaaminen ei riittävän laadukas</li> <li>- Epävarmuus osaako kysyä oikeat kysymykset ja puuttua oikeissa tilanteissa</li> <li>- Liian itsenäinen työnkuva liian suppealla osaamisella</li> <li>- Kliinistä työtä tekevällä sairaanhoitajalla ei mahdollisuutta seurata alan tutkimusta</li> </ul>	Sairaanhoitajien lisäkoulutus ja osaaminen riittämätöntä



## Sjukskötaren som expert inom vård - Utveckling av arbetsfördelningen på hälsostationer.

### *Inledning*

Social- och hälsovården i Finland står inför stora förändringar. Målet med förändringarna i social- och hälsovårdstjänsterna är bland annat att producera kundorienterad service, och detta kan uppnås genom att utveckla arbetsfördelningen och förnya servicestrukturer. Arbetsfördelningen har utvecklats bland annat genom att flytta över en del arbetsuppgifter åt vårdpersonal med tilläggsutbildning, vilket har frigjort läkarnas tid till att ta hand om medicinskt mer krävande patienter. En del av läkarnas mottagningar har ersatts med mottagningar hos annan vårdpersonal, och det finns allt fler sjukskötarinriktade hälsostationer. (KT Kuntatyönantajat 2016.)

På Esbo stads hälsostationer Samaria och Kalajärvi har arbetsfördelningen utvecklats genom att ge mera ansvar åt sjukskötarna på akutmottagningen. Patienter med lindriga, akuta sjukdomar skickas till sjukskötarnas mottagning, och sjukskötarna kan konsultera läkare per telefon. Detta har lett till att tillgången till vård har blivit snabbare också för patienter med icke-brådskande besvär.

### *Bakgrund*

Termen Advanced practice nursing (APN) steg fram i litteraturen på 1980-talet, och i litteraturen ses begreppet som kliniskt över grundnivån. APN-sjukskötarna ses som kliniska experter, eller expertsjukskötare, men det har rapporterats en enorm mängd titlar i bruk för dessa sjukskötare. (Ruel & Motyka 2009; Dowling et al. 2013.) I Finland har sjukskötarförbundet (Sairaanhoitajaliitto) delat upp de avancerade kliniska sjukskötarna, alltså APN-sjukskötarna i två grupper: expertsjukskötare (asiantuntijasairaanhoitaja) och klinisk expertsjukskötare (kliinisen hoitotyön asiantuntija). Expertsjukskötarna undersöker och vårdar patienter på egen mottagning, med de kliniska expertsjukskötarna bland annat utvecklar evidensbaserad vård, och säkrar vårdens och tjänsternas kvalitet. De avancerade kliniska rollerna är självständiga, och betonar ett brett ansvar och eget beslutsfattande. (Sairaanhoitajaliittos rapport 2016.)

I Tehys (2014) uttalande definieras arbetsfördelning enligt Social- och hälsovårdsministeriets uttalande: utvecklandet av arbetsenhetens verksamhet så att verksamheten

och arbetsuppgifter organiseras på ett ändamålsenligt sätt för vården i helhet och mellan yrkesgrupperna.

### *Syfte och metod*

Syftet med detta masterarbete är att reda ut hur man lyckas med utvecklandet av arbetsfördelningen, då sjukskötare får mera uppgifter och ansvar. Målet är att producera verktyg till att utveckla arbetsfördelningen också på de andra hälsostationerna i Esbo. Resultaten kan även användas vid planerandet av framtidens hälsovårdstjänster.

Undersökningen genomfördes med hjälp av fem temaintervjuer. Informanterna valdes enligt en modifierad matris för nivå av expertis. Sammanlagt fanns åtta intervjufrågor, som frågades av alla de intervjuade personerna. Frågorna ställdes som öppna frågor, och skribenten lät alla informanter prata fritt och intervjun ha sin gång enligt informantens egen tankegång. Följdfrågor ställdes an efter, och de var olika i alla intervjuer.

Intervjufrågorna gjordes på basen av den tidigare forskningen, som fungerar som denna undersöknings teoretiska referensram.

Forskningsfrågorna i detta arbete är följande:

1. Hur har arbetsfördelning genomförts och begränsats?
2. Vilka styrkor och svagheter har kommit fram hittills?
3. Vilka möjligheter och hot finns att vänta i framtiden?

### *Etisk reflektion*

Eftersom skribenten själv arbetar inom en organisation där arbetsfördelningen mellan läkare och sjukskötare har utvecklats långt, finns en möjlighet för subjektivitet. Forskaren har försökt vara medveten om detta, och inte leda intervjuerna enligt sina egna förutfattade meningar. Samma gäller genom hela analysprocessen av intervjumaterialet. Informanterna är valda från olika organisationer för att skapa en så bred bild som möjligt av det undersökta fenomenet.

### *Centrala resultat*

Intervjumaterialet analyserades kvalitativt med hjälp av en SWOT-analys (strengths, weaknesses, opportunities, threats) med åtta kategorier. Innehållsanalysen gjordes med

hjälp av SWOT-analysens teman, som utgjorde huvudkategorierna. Den ursprungliga SWOT-analysen med fyra fält beskrivs med hjälp av tabellen nedan.

Interna aspekter	Styrkor (Strengths)	Svagheter (Weaknesses)
Extern miljö	Möjligheter (Opportunities)	Hot (Threats)

(Vuorinen 2013.)

Sex stycken underkategorier utgjorde huvudkategorin styrkor. Underkategorierna bestod av personalens engagemang i förändringen, samarbete mellan läkare och sjukskötare, kontinuerlig fortbildning, snabb tillgång till vård, sjukskötare med föreskrivningsrätt, och nöjd personalen. Huvudkategorin svagheter, bildades av fyra underkategorier: oklara beskrivningar av definitioner och arbetsbilder, otillräcklig investering i fortbildning, alltför krävande arbetsuppgifter, och inte tillräckligt smidig vård från klientens synvinkel. Möjligheterna utgjordes av fem underkategorier. En smidig vårdkedja för patienten och klientcentrerad vård, utnyttjande av sjuksköternas kärnkompetens, vidareutveckling av vårdarbete, vård med hög kvalitet med hjälp av gott samarbete, och förbättring av patientsäkerhet kom fram som framtida möjligheter i utvecklandet av arbetsfördelning. Hot mot en fungerande utveckling av arbetsfördelning var konflikter inom och emellan yrkesgrupper, äventyrande av patientsäkerhet, utmaningar i förverkligandet av förändringar, och otillräcklig kompetens och fortbildning hos sjuksköterna.

### *Diskussion och slutsatser*

Slutsatserna i arbetet drogs med hjälp av en åttafälts SWOT-analys, som bygger på SWOT-analysen med fyra fält.

<div> <div>Externa</div> <div>Interna</div> </div>	Styrkor (S)	Svagheter (W)
Möjligheter (O)	Utnyttja framgångarna -> SO plan	Svagheter till styrkor -> WO plan
Hot (T)	Hantera hotbilderna -> ST plan	En möjlig kris -> WT plan

Med hjälp av SWOT-analysen med sammanlagt åtta fält gjordes en modell för hur man lyckas i utvecklandet av arbetsfördelning.

